Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

2

Ano 2021

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

2

Ano 2021

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Daphynny Pamplona
Gabriel Motomu Teshima
Luiza Alves Batista
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Políticas e práticas em saúde e enfermagem 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Hákilla Pricyla de Jesus Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas e práticas em saúde e enfermagem 2 / Organizadora Hákilla Pricyla de Jesus Souza. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-780-9
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.809211612

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Souza, Hákilla Pricyla de Jesus (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

APRESENTAÇÃO

É com imenso prazer que apresentamos a coleção “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, uma obra dividida em três volumes que têm como objetivo principal desvelar discussões científicas sobre as diversas interfaces de atuação do profissional enfermeiro. Os conteúdos dos volumes perpassam por trabalhos de pesquisas originais, relatos de experiências e revisões da literatura, que foram desenvolvidos em instituições nacionais e internacionais na área de saúde.

O advento da pandemia pela COVID 19 trouxe mais visibilidade e valorização à profissão de Enfermagem, responsável pelo cuidado com vistas às múltiplas dimensões do ser humano. Sabe-se que a Enfermagem deve ter a capacidade de planejar uma assistência baseada em evidências, fundamentada em políticas e práticas que evidenciem seu protagonismo frente às transformações exigidas pela Saúde Pública.

Nesta obra, o primeiro volume traz estudos relacionados ao desenvolvimento da prática de enfermagem em diferentes unidades hospitalares, destacando a importância do trabalho em equipe desde o período pré-natal até a saúde do idoso, além da assistência aos cuidados paliativos. No segundo volume, os artigos associam-se aos fatores psicossociais e políticos envolvidos na atuação do enfermeiro, além daqueles direcionados à liderança e à prática docente. No terceiro volume, são apresentados estudos que demonstram a atuação da enfermagem na Saúde Pública, nestes incluídos os cuidados às famílias e as comunidades.

Ao decorrer de toda a obra “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, é notório observar que os trabalhos envolvem a atuação da Enfermagem de forma holística, com práticas integrativas e complementares para alcançar o bem-estar do paciente, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, além de ações de educação em saúde, com enfoque na humanização do cuidado. Desta forma, firma-se o compromisso da Enfermagem como ciência, e ressalta-se a relevância da divulgação desses estudos, para que os mesmos possam servir de base para a prática dos profissionais, na prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde. Nesse sentido, a Atena Editora oferece a estrutura de uma plataforma solidificada e segura para que os pesquisadores possam expor e divulgar seus resultados.

Hákilla Pricyla de Jesus Souza

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA FRENTE À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de aceite: 01/12/2021

Sheila de Almeida Pinheiro
Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Escola de Enfermagem – RS
http://lattes.cnpq.br/3613126413655435

Giovana Calcagno Gomes
Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Escola de Enfermagem – RS
http://lattes.cnpq.br/7147409587976637

Carolina Domingues Hirsch
Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Escola de Enfermagem – RS
SENAC - Rio Grande, RS. Curso Técnico de Enfermagem
http://lattes.cnpq.br/4766854448147158

RESUMO: O estudo objetivou conhecer a produção científica acerca da atuação da enfermeira frente à criança vítima de violência sexual. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura embasada em sete artigos científicos de revistas identificados a partir das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e SCOPUS. Todas as bases de dados localizadas na Biblioteca Virtual em Saúde, disponível no sistema BIREME. Os artigos captados foram caracterizados e os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática. Obteve-se dados acerca da atuação da enfermeira como membro da equipe multiprofissional, da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência sexual contra crianças, da abordagem da criança vítima de violência sexual e da família. Concluiu-se que a violência sexual contra a criança é um fenômeno complexo presente em nossa sociedade. A enfermeira possui papel importante na detecção dos casos suspeitos e confirmados, sendo capaz de atuar junto à vítima e à família, sendo necessário para tal, conhecer a legislação vigente de proteção à criança, participar da elaboração de políticas públicas específicas e de protocolos assistenciais de atuação profissional nos vários serviços de cuidado à criança.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Violência sexual; Abuso Sexual na Criança; Enfermagem.

THE PERFORMANCE OF THE NURSE AGAINST CHILDREN VICTIM OF SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT: The study aimed to understand the scientific production about the role of nurses in relation to children against children victim of sexual violence.An integrative literature review was carried out based on seven scientific articles identified from the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF), Online Medical Literature Search and Analysis System (MEDLINE) and SCOPUS. All data bases was located in the Virtual Health Library, available in the BIREME system. The captured articles were characterized and the data were analyzed using the Thematic Analysis technique. Data were obtained about

the role of the nurse as a member of the multidisciplinary team, the notification of suspected or confirmed cases of sexual violence against children, the approach to the child victim of sexual violence and to the family. It was concluded that sexual violence against children is a complex phenomenon present in our society. The nurse has an important role in the detection of suspected and confirmed cases, being able to work with the victim and the family. For this, it is necessary to know the current legislation for the protection of the child, participate in the elaboration of specific public policies and care protocols. professional performance in the various child care services.
KEYWORDS: Child; Sexual violence; Child Sexual Abuse; Nursing.

1 I INTRODUÇÃO

Configura-se como problema de pesquisa desse estudo a atuação da enfermeira frente à criança vítima de violência sexual. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considera-se como criança o período que corresponde de zero aos doze anos de idade incompletos e adolescente dos doze aos dezoito anos completos, considerando a maior idade penal aos vinte um anos (BRASIL, 2014). Crianças e adolescentes não devem ser negligenciados, discriminados, sofrer quaisquer crueldade e opressão, exploração e violência, cabível ao causador de tais agravos punição legal à violação desses direitos (BRASIL, 2014). A criança tem seus direitos garantidos pelo Código Penal sob a Lei nº12.015/2009 especificando e ampliando a definição de crimes como o estupro, exploração sexual para quem cometa ou facilite o abuso sexual infantil (TRABBOLD et al. 2016).

Em um conceito ampliado, a Portaria n.º 737/GM 16 de maio de 2001, define que a violência resulta da ação ou omissão e condicionantes sociais e técnicos, realizados por grupos, indivíduos ou classes que causam danos físicos emocionais, morais e ou espirituais a outrem (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001). A violência sexual poderá se apresentar ainda como atos de natureza não consensual, assédio, coerção, tráfico para exploração sexual e mutilação genital (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). A violência sexual contra crianças pode ser caracterizada pelo abuso de poder de um adulto para que este obtenha prazer com ou sem violência, de modo forçado ou induzido, podendo a criança não ter entendimento do ato ao qual está sendo submetida (BRASIL, 2012- CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº33). Violência sexual pode ser tipificada quanto a natureza dos atos em Violência sexual doméstica ou intrafamiliar ou incestuosa, Violência sexual comunitária ou extrafamiliar, Violência sexual ou assédio sexual, Violência sexual com contato físico, Pedofilia, Exploração sexual, Pornografia, Turismo para fins sexuais, Tráfico para fins de exploração sexual. (BRASIL, 2012- CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº33).

O Conselho Tutelar foi criado para cumprir as diretrizes estabelecidas na Constituição Brasileira, sob o artigo 227 (BRASIL, 1988). Apresenta-se como um órgão permanente e autônomo, sem poder de julgamento, encarregado pela sociedade de tomar

conta quanto ao cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, exercendo uma política de atendimento ao seu público alvo, cabendo-lhe ainda notificar ao Ministério Público fatos que constituam infração penal ou administrativa ocorridas com crianças e adolescentes, incluindo os casos de violência sexual (BRASIL, 2014).

A violência sexual é compreendida como uma situação complexa vivenciada por crianças, podendo ser acompanhada da culpa. É entendida como um trauma que deixa marcas profundas, causando, muitas vezes, isolamento, retraimento, medo e vergonha pela situação vivenciada. Estimular o fortalecimento da rede de atendimento à criança em seus três eixos que são: o enfrentamento a violência, a responsabilização e a proteção pode levar a uma melhor compreensão da situação vivenciada. Um trabalho terapêutico pode ser desenvolvido no sentido da reorganização da distorção na relação adulto/criança que provocou o trauma, facilitando a compreensão acerca da violência, possibilitando um melhor entendimento da criança de sua condição de vítima e não de desencadeante/causadora do ato, levando as vítimas a sentirem grande dificuldade de denunciar o abuso em decorrência do medo, das ameaças e da suspeita da veracidade dos fatos relatados para a família (ARPINI, SIQUEIRA, SAVEGNAGO, 2012).

A Secretaria dos Direitos Humanos, do Ministério da Saúde, Brasil, atua por meio de denúncias feitas ao Disque 100. Esta referiu que em 2015 a violência sexual apresentou-se como 21,3% das denúncias; 80.437 ligações foram acerca de casos de violência contra crianças e adolescentes, dessas 17 mil referiram-se a casos de violência sexual. Em 2016 a violência sexual contra crianças e adolescentes foi a quarta causa mais denunciada. Foram recebidas 7788 ligações com denúncias de violência sexual contra crianças. Este número configurou 18,35% das denúncias recebidas por este ramal. A população do sexo feminino corresponde a 68,12% das vítimas na faixa etária de 12 a 14 anos. Os agressores em 64,38% dos casos foram homens entre 25 e 30 anos. A violência ocorreu na casa da vítima em 39% dos casos e na casa do abusador 31,6%.

Verifica-se que a violência sexual é grave e difícil de ser identificada. A rede de enfrentamento para atendimento dos casos de violência sexual no Brasil ainda é insuficiente e precária, o que dificulta a eficácia dos atendimentos e o estabelecimento de medidas a serem tomadas (DESLANDES, CAMPOS, 2015). A Portaria nº 1.988/2001 que aborda a notificação de violência contra crianças e adolescentes refere que as entidades do Sistema Único de Saúde (SUS) devem realizar a notificação dos casos em formulário próprio, em duas vias, uma a ser encaminhada ao Conselho Tutelar e a outra anexada ao prontuário do paciente buscando a adoção de medidas que cessem a violência. (MINISTERIO DA SAÚDE 2001. PORTARIA Nº 1.968).

Nesse sentido, a qualificação da enfermeira que atende crianças vítimas de violência sexual é imprescindível para reconhecer os sinais que não sejam compatíveis com as lesões/história relatada e atender as vítimas. Para realizar um diagnóstico rápido e implementar um tratamento efetivo é importante que esta consiga perceber as subjetividades presentes em

cada caso concreto, dando maior atenção às questões psicológicas e fisiológicas no intuito de minimizar os efeitos da violência sofrida, principalmente as que não deixam marcas físicas evidentes (SARAIVA et al, 2012). A enfermeira deve atuar realizando o acolhimento da vítima e sua família, identificação da vítima e agressor, notificar os casos suspeitos ou confirmados, atuando na ideologia de proteção aos direitos da criança, desempenhando sua função de facilitador junto à comunidade, podendo desenvolver grupos de autoajuda, oficinas, palestras educativas para pais, a fim de incentivar e fortalecer vínculos saudáveis com seus filhos, no sentido de realizar a prevenção do fenômeno da violência, principalmente intrafamiliar. (SARAIVA et al, 2012).

A Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional, em seu artigo 11, determina que o enfermeiro tem como uma de suas funções a educação com vistas a melhoria na condição de saúde da população (COFEN, 1986). Nesse sentido, é importante que haja o engajamento do profissional enfermeiro nos locais de (con) vivência das crianças e suas famílias, atuando em nível de educação em saúde com vistas a prevenção, identificação dos casos e atuação frente aos mesmos. Nesse contexto, a questão norteadora deste estudo foi: qual a atuação da enfermeira frente à criança vítima de violência sexual? A partir dessa, objetivou-se conhecer a produção científica acerca da atuação da enfermeira frente à criança vítima de violência sexual.

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que tem por finalidade a sumarização de pesquisas já concluídas para obter novas conclusões a partir de um tema de interesse. A revisão integrativa é a forma mais ágil de se tomar conhecimento sobre a patologia e as devidas condutas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Na operacionalização dessa revisão, utilizaram-se as seguintes etapas: definição do objetivo e dos descritores; delimitação dos critérios de inclusão das produções científicas; busca em base de dados; análise dos resumos e seleção das produções científicas; fichamento e caracterização dos artigos selecionados e análise dos dados. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O estudo foi embasado em artigos científicos de revistas especializadas acerca do tema. Foram captados artigos publicados entre os anos de 2011 até 2017. O s artigos captados foram indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e SCOPUS. Todas as bases de dados localizadas na Biblioteca Virtual em Saúde, disponível no sistema BIREME.

O corpus de materiais para análise em uma revisão integrativa constituiu-se de artigos científicos que foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser artigo científico; estar no idioma português, inglês e espanhol, ter, além do resumo, o

texto completo e apresentar nos resultados aspectos acerca da atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças. Foram excluídos dissertações, teses, capítulos de livros e notícias de jornais.

Os artigos captados foram caracterizados e os resultados foram analisados pela técnica de análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência, possuam significado para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2010). Esta técnica foi operacionalizada através de três etapas: a pré-análise em que se elaboraram as unidades de registro; a exploração do material em que os a dados foram codificados, agrupados por semelhanças e diferenças e categorizados e a fase de tratamento dos resultados em que os dados foram discutidos à luz de alguns autores.

Considerando-se os aspectos éticos e legais, nesta revisão integrativa foi assegurada a autoria das publicações, sendo os autores citados em todos os momentos em que os artigos foram mencionados. O projeto, após qualificação, foi aprovado pelo Comitê Cientifico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. O projeto de pesquisa não foi encaminhado ao Comitê de Ética, tendo em vista que os dados são de acesso livre.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca nas bases de dados foi realizada em dois momentos distintos. Inicialmente a seleção foi realizada em 25 de abril de 2017. Ao final da seleção inicial, com os critérios de inclusão definidos foram captados: na BDENF 22 e utilizou-se um, na LILACS 36 e utilizou-se um, na SCIELO 16, mas nenhum com texto completo. Na SCOPUS 177, mas após refino apenas um foi utilizado. Após a leitura dos resumos e artigos na íntegra apenas três artigos puderam ser utilizados no estudo.

Decidiu-se, então, acrescentar o descritor Abuso Sexual na Criança. Realizou-se nova busca em 19 de maio de 2017. Com este descritor na LILACS encontrou-se 25 artigos, mas apenas dois foram utilizados. Na BDENF 15, mas apenas um foi utilizado. Na SCIELO cinco artigos, mas apenas um foi utilizado. Na SCOPUS encontrou-se 110 artigos, mas apenas oito referiam-se à temática. Após retirarmos os repetidos da primeira busca apenas quatro artigos foram utilizados, computando um total de sete artigos.

3.1 Caracterização dos estudos encontrados

Nº	Base de dados	Ano	Objetivo	Tipo de pesquisa	Autores	Local do estudo	Periódico publicado
1	Lilacs	2011	Refletir sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, focalizando a atuação do enfermeiro à luz da sua prática profissional e da legislação brasileira	Estudo bibliográfico em que foram analisadas 31 publicações, abrangendo os anos de 2005 a 2008.	**Lygia Maria Pereira da Silva, Maria das Graças de Carvalho Ferriani, Marta Angélica Iossi Silva.**	Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem REBEn
2	Lilacs	2014	Compreender a atuação do enfermeiro como integrante da equipe interdisci plinar no atendimento da criança com suspeita de abuso sexual	Investigação qualitativa com base na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz.	Lia Leão Ciuffo; Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues; Florence Romijn Tocantins	Rio de Janeiro Brasil	Investigação e educação em enfermagem, Medellín
3	SCOPUS	2017	Apresentar o perfil epidemiológico da violência contra crianças e adolescentes atendidas em um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)	Estudo descritivo e documental, de abordagem quantitativa	Priscila Arruda da Silva; Valéria Lerch Lunardi; Guilherme Lerch Lunardi; Ceres Braga Arejano; Andréa Stifft Ximenes; Juliane Portella Ribeiro	Rio Grande do Sul, Brasil	Revista Electrónica Trimestral de Enfermería.
4	SCOPUS	2017	Explorar a capacidade dos enfermeiros escolares para detectar e apoiar as crianças sexualmente abusadas.	Entrevistas secundária de grupos focais com enfermeiras escolares e análise temática.	**Lisbet Engh Kraft, GullBritt Rahm, Ulla-Britt Eriksson.**	Suécia, Europa	The Journal of School Nursing
5	SCOPUS	2015	O objetivo deste artigo é mostrar aos enfermeiros o seu papel de proteção da criança.	Descritivo de diferentes tipos de maus-tratos, os fatores de risco e identificação de fatores de risco as consequências potenciais.	Julie Taylor, Caroline Bradbury-Jones Reader.	Reino Unido, Europa	Nursing Standard

6	SCOPUS	2011	Descrever o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação aos sintomas de abuso sexual infantil em crianças com deficiência cognitiva.	Coleta de dados através que questionário estruturado.	Cathy Koetting, Joyce. J. Fitzpatrick, Linda Lewin, Jill Kilanowski	Missouri, EUA	Journal of Forensic Nursing
7	SCOPUS	2014	Descrever as características da prática de profissionais em enfermagem avançada que cuidam de crianças maltratadas.	Desenho descritivo	Gail Hornor, Pamela Herendeen.	Estados Unidos	Journal of Pediatric Health Care.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos encontrados quanto à base de dados, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, autores, local de realização do estudo e periódico publicado.

Quanto ao ano de publicação dos artigos utilizados, seguindo uma ordem cronológica, dois foram publicados no ano de 2011, dois em 2014, um em 2015 e dois em 2017. Tinham por objetivo compreender a atuação do enfermeiro frente à criança com suspeita de abuso sexual; refletir sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, avaliando o papel do enfermeiro; evidenciar o perfil epidemiológico da violência sofrida por crianças e adolescentes; explorar a capacidade dos enfermeiros escolares na detecção e apoio das crianças abusadas sexualmente; mostrar aos enfermeiros seu papel de proteção à criança vítima de abuso sexual; descrever o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca dos sintomas de abuso sexual infantil em crianças com deficiência cognitiva; descrever características das práticas do profissional de enfermagem avançada no cuidado de crianças que foram abusadas sexualmente. Quanto ao tipo de pesquisa realizada encontraram-se estudos bibliográfico; investigação qualitativa; descritivo e documental de abordagem quantitativa; entrevistas secundárias de grupos focais. A análise temática originou como categoria:

3.2 Atuação da enfermeira frente à criança vítima de violência sexual

É necessário refletirmos sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, focalizando a atuação do enfermeiro à luz da sua prática profissional e da legislação brasileira. Tal fato requer o conhecimento da legislação para uma assistência efetiva às necessidades das vítimas. O enfermeiro deve estar apto a cuidar da criança com base nas leis que os protegem, sendo imperativo o envolvimento dos serviços de saúde, das entidades de classe e das universidades (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011).

A violência sexual envolve diversos aspectos, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional, onde a enfermeira atua como parte integrante de equipes inter

e multidisciplinares, normalmente fornecendo cuidados ao lado pediatras (HORNORO, HERENDEEN, 2014). A interdisciplinaridade constitui-se como uma possibilidade importante na assistência e atenção integral à criança com suspeita ou confirmação de abuso sexual. A interdisciplinaridade favorece o desenvolvimento de ações baseadas na aceitação, na escuta e no acordo entre os membros da equipe sobre as possíveis soluções no atendimento da criança com suspeita de abuso (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014). A atuação em equipe é importante para que a enfermeira não se sinta isolada no processo de tomada de decisão, tendo com quem compartilhar suas preocupações com outros profissionais, sentindo-se apoiada. Frente à violência sexual contra a criança a enfermeira atua junto com outros serviços e profissionais como o pediatra, o serviço social, profissionais da saúde mental, psicologia entre outros. (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014).

A enfermeira colabora com outros profissionais de saúde e práticas como um membro interdependente da equipe de cuidados de saúde para prestar cuidados pediátricos (HORNORO, HERENDEEN, 2014). Enfatiza-se como relevante a assistência à criança com suspeita de abuso sexual a interação entre diferentes categorias profissionais no atendimento à criança. Com este entendimento, encaminhar para o médico, para a assistente social e para a psicologia, expressam estratégias e caminhos institucionais a serem percorridos pela enfermeira no atendimento da criança (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014).

Uma das atuações da enfermeira frente à violência sexual de crianças é atuar realizando o registro das notificações dos casos. A obrigatoriedade da notificação é justificada não somente pelos danos causados à saúde da vítima e pelo aspecto criminal da violência, mas, sobretudo por se constituir um instrumento de proteção e defesa dos direitos das vítimas (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011). Destaca-se que a ação interdisciplinar da enfermeira implica, entre outros, notificar e acionar ao Conselho Tutelar (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014). Considerando-se todas as modalidades de violência se verifica um crescimento no número de notificações, mostrando uma maior conscientização dos profissionais acerca do seu papel. Observa-se que o abuso sexual ocupou o primeiro lugar nas notificações, seguido pela violência física. A violência psicológica, tão difícil de detectar, surgiu como terceira modalidade mais notificada. A realidade analisada permite inferir que o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes é significativo em nossa sociedade (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011). Nesse sentido, defende-se que a notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes constitui-se em uma manifestação de exercício de poder do denunciante, o que pode requerer coragem de enfrentamento e temor de represálias (SILVA et al., 2017).

A enfermeira assume papel de destaque na identificação e notificação da violência, seja por sua maior permanência nos ambientes de cuidado, nas instituições de saúde, seja por sua maior aproximação com as vítimas e agressores desde sua inserção

nesses ambientes institucionais (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011). Mas é necessário criar mecanismos e estratégias para poder notificar e saber trabalhar com realidades de um hospital, uma unidade de Saúde da Família ou de uma unidade básica (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014).

Conhecer e compreender o comportamento típico da criança ajudará os profissionais enfermeiros a determinar sintomas comportamentais preocupantes que podem ser indicativos de abuso sexual. Em caso de suspeita de abuso as enfermeiras têm o mandato de relatar essa preocupação imediatamente a aplicação da lei e a agência local de proteção da criança. A agência atribuirá um trabalhador social e oficial de investigação para o caso. Estes indivíduos irão ajudar na avaliação do caso se abuso sexual infantil e darão encaminhamento ao processo (KOETTING et al.; 2012).

A maioria dos agressores é do sexo masculino, com idades entre 20 e 40. Quanto à escolaridade, apresentam diferentes graus de instrução, destacando-se que 22% dos agressores, cujo dado referente à escolaridade foi identificado, cursaram o ensino fundamental incompleto ou completo, caracterizando o predomínio de baixa escolaridade. No entanto, encontram-se agressores que atingiram o nível superior. Quanto a relação da vítima com o agressor, na maioria das notificações o pai ou o padrasto são os agressores. Cabe destacar que, além desses, em 24,2% dos casos, os autores são parentes próximos das vítimas (irmãos, avós, tios, cunhados) (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011). Como indicativos para a prática de Enfermagem, os achados aportam subsídios que podem contribuir para a elaboração de estratégias de intervenção e de controle desse agravo, com vistas a evitar que novos casos de violência aconteçam ou mesmo que continuem sendo perpetrados em um círculo vicioso de impunidade e injustiça contra as crianças. Pode, ainda, oferecer informações para a avaliação da situação local, subsidiando a identificação de problemas, a proposição de soluções e a tomada de decisões como, por exemplo, a criação de políticas públicas de saúde direcionadas para o perfil pesquisado (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011; SILVA et al., 2017).

A proteção das crianças não é apenas de competência de um certo grupo de enfermeiras. É importante que todos as enfermeiras estejam cientes do seu papel frente às vítimas e precisam reconhecer e atuar nos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos infantis, assumindo o papel crucial no seu cuidado (HORNORO, HERENDEEN, 2014). O abuso sexual infantil configura-se em um fenômeno complexo que deve ser investigado em profundidade e examinado com muita cautela (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014).

Um estudo sueco acerca da atuação de enfermeiras escolares frente à criança vítima de violência sexual mostrou que para que a criança abusada receba apoio adequado há a necessidade de ser assistida por uma pessoa disponível e preparada para ouvir, pois a divulgação do fato é uma condição prévia e dependente. Assim, é preciso explorar a capacidade das enfermeiras escolares, pois a escola é um dos principais ambientes

para detectar e apoiar as crianças sexualmente abusadas (KRAFT, RAHM, ERIKSSON, 2017). Um terço dos hospitais infantis e centros de defesa da criança responderam afirmativamente a respeito da atuação do profissional de enfermagem especializado no atendimento a crianças vítimas em suas organizações e identificaram esse profissional em uma posição de liderança como o mais adequado para completar o Inquérito acerca do ato de violência. (HORNORO, HERENDEEN, 2014).

Os profissionais de enfermagem que atuam frente ao abuso infantil não somente fornecem cuidados clínicos, mas também estão envolvidas na educação, pesquisa e publicação de trabalhos acerca desta temática (HORNORO, HERENDEEN, 2014). As enfermeiras atuam na detecção do abuso sexual à criança e apoiam crianças abusadas, dando especial atenção aos problemas físicos e mentais que podem acometer essas crianças (KRAFT, RAHM, ERIKSSON, 2017). As ações devem ser pautadas no acolhimento, escuta e pactuação de possíveis soluções na assistência à criança com suspeita de abuso sexual (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014). Nos serviços, a triagem é importante e geralmente é feita pela enfermeira e deve ser conduzida sem a presença dos pais para que a criança possa revelar se foi abusada por um deles (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014; KRAFT, RAHM, ERIKSSON, 2017). Estudo mostrou que a habilidade para conduzir o inquérito de saúde sobre quem abusou da criança abre caminho para a divulgação e para a proteção da mesma. Além da importância de construir uma relação de confiança, deve haver um processo de seleção onde a criança possa escolher o tempo, o lugar e a pessoa a quem divulgará a sua situação. É crucial que esta pessoa tenha tempo para ouvir, acredite na história da criança, e reaja de forma solidária para evitar atrasar ou mesmo impedir o processo de divulgação (KRAFT, RAHM, ERIKSSON, 2017). O conhecimento do perfil das vítimas é importante, pois essas devem principalmente ser o foco das ações de prevenção. O abuso sexual à criança é uma área em que os enfermeiros escolares precisam estar atentos com o objetivo de identificar os casos, parar o abuso e atender a criança, fornecendo-lhe apoio. Atenção ao abuso sexual como uma possível causa de comprometimento da saúde física e mental requer conhecimento e colaboração.

Muitas vezes, esse tipo de violência não deixa marcas visíveis, dificultando a assistência por parte dos profissionais que realizam o atendimento à criança, incluindo a enfermeira. Um dos pontos mais críticos dessa questão, tão alarmante em nossa sociedade, é que, muitas vezes, a criança se torna vítima dessa agressão por um longo período, marcando de forma indelével a sua saúde mental e social (CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014).

Uma forma de abordagem preventiva é a educação sexual obrigatória em que a enfermeira escolar geralmente participa. É necessária uma investigação mais aprofundada sobre o valor das ações dos profissionais na perspectiva das crianças vítimas de abuso, aumentando o conhecimento das crianças e famílias para a prevenção do abuso sexual da criança (KRAFT, RAHM, ERIKSSON, 2017).

Crianças muito novas ou com dificuldades de comunicação dependem ainda mais dos outros para reconhecer que algo está errado. É importante entender que um grande número de maus-tratos nunca é revelado. A enfermeira, entretanto, pode ser a pessoa que a reconhece, podendo criar um ambiente seguro, de não julgamento, retratando uma atitude de cuidado profissional em que uma criança se sinta segura em dizer a alguém, direta ou indiretamente, que está sendo abusada (TAYLOR, READER, 2015). Crianças com deficiência intelectual têm um risco aumentado para o abuso sexual. Essas podem apresentar uma história de aumento do comportamento auto prejudicial, verbalizações de comentários sexuais inadequados e apresentações novas e aleatórias de comportamento sexualizado (KOETTING et al.; 2012).

Enfermeiras, além da realização do exame físico completo da criança com ênfase na genitália devem estar atentos para a ocorrência de infecção urinária de repetição na criança e para a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis como Gonorreia, Clamídia, Sífilis, Herpes Genital, Trichomonas, HIV, HPV em crianças saudáveis como sugestivo de abuso sexual e relatável para serviço de proteção à criança (KOETTING et al.; 2012). Como parte da prática clínica diária, as profissionais enfermeiras devem realizar o rastreio de rotina nos casos de violência sexual examinando todas as estruturas anatômicas durante o exame físico de rotina (KOETTING et al.; 2012). A maioria dos profissionais de enfermagem frequentemente realizam atividades gerais e de práticas como avaliação e diagnóstico de pacientes, desenvolvimento de planos de tratamento e imunizações (HORNORO, HERENDEEN, 2014).

O testemunho do caso é uma parte importante da prestação de cuidados a crianças abusadas/ negligenciadas, e as enfermeiras podem testemunhar em juízo como peritas em casos envolvendo abuso sexual infantil. Outra atuação da enfermeira frente ao cuidado à criança diz respeito à pesquisa e à publicação acerca da prática de profissionais de enfermagem frente ao abuso sexual de crianças (HORNORO, HERENDEEN, 2014).

Compete à enfermeira, também, a assistência apropriada à família da criança vítima de violência sexual (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011; CIUFFO, RODRIGUES, TOCANTINS, 2014). As ações para abordagem da família apresentam-se na forma de orientação aos pais sobre os direitos da criança crescer sem violência e os efeitos da mesma para a saúde da vítima, buscando adesão ao tratamento dos agravos resultantes da violência e esclarecendo sobre os deveres dos adultos responsáveis em relação à segurança e ao bem-estar das crianças (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011). A violência intrafamiliar é um problema complexo, uma vez que os agressores não são pessoas desconhecidas, mas adultos, pais, mães, membros de famílias que mantêm relações próximas com as crianças. O enfrentamento do problema da violência é, também, complexo, requerendo medidas protetivas imediatas (SILVA, FERRIANI, SILVA, 2011).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou conhecer a produção científica acerca da atuação da enfermeira frente à criança vítima de violência sexual, uma vez que é necessário focalizar a atuação do enfermeiro à luz da sua prática profissional e da legislação brasileira.

Os dados nos possibilitaram concluir que a violência sexual contra a criança é um fenômeno complexo presente em nossa sociedade. A enfermeira possui papel fundamental na detecção dos casos suspeitos e confirmados, sendo capaz de atuar junto à vítima e à família com o auxílio da equipe multiprofissional. Precisa conhecer a legislação vigente de proteção à criança, participar da elaboração de políticas públicas específicas e na elaboração de protocolos assistenciais de atuação profissional nos vários serviços de cuidado à criança.

REFERÊNCIAS

ARPINI, D. M. et al. Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situação de vulnerabilidade **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 14, n. 2, p. 88-101. Universidade Presbiteriana Mackenzie São Paulo, Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 1.968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL 2014. **Estatuto Da Criança e do adolescente**. 12ª ed. <http://www.cipave.rs.gov.br/upload/arquivos/201611/01142629-estatudo-da-crianca-e-do-adolescente.pdf>

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica nº33**. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento.** Ministério da Saúde, 2012.

CIUFFO, L. L; RODRIGUES, R. D. B. M; TOCANTINS, R. F. Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. **Invest. educ. enferm**, Medellín. v. 32, n. 1, p. 113-118, 2014.

DESLANDES, S. F; CAMPOS, D. S. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 20, n. 7, p. 2173-2182, 2015.

HORNORO, G; HERENDEEN, P. Advanced Practice Nursing in Child. **Journal of Pediatric Health Care.** v 28. n 5. p 438-443. 2014

KRAFT, L. E; RAHM,G; ERIKSSON, U-B. School nurses avoid addressing child sexual abuse. **The Journal of School Nursing**. v32. n2. p133 -142. 2017.

KOETTING, C.; et al. Nurse practitioner knowledge of child sexual abuse in children with cognitive disabilities. **Journal of Forensic Nursing.** v 8. n 2. p 72-80. Jun, 2012.

MINAYO, M. C. S**. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**.12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

SILVA, L. M. P; FERRIANI, M. G. C; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. bras. Enferm.** Brasília**.** v. 64, n. 5, p. 919-924. Out. 2011.

SILVA.; et al. Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería,** n 46, p. 419-431, 2017.

TAYLOR, J; READER, B-J. C. R. Child maltreatment: every nurse's business. **Nursing Standard**. v29. n 29. p 53-58, 2015.

TRABBOLD, V. L. M.; et al. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. **Psicol. Soc.**, v. 28, n. 1, p. 74-83, 2016.

CAPÍTULO 2

ACEITABILIDADE DA VACINA E NÍVEL DE CONHECIMENTO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM ESTUDANTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE ENSINO MÉDIO EM MANHUAÇU, MINAS GERAIS, BRASIL

Data de aceite: 01/12/2021

Perla Paloma Pires Pimentel do Carmo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Vitória - Espírito Santo
http://lattes.cnpq.br/4229133257168016

Luiz Carlos de Abreu
Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória - Espírito Santo
http://lattes.cnpq.br/6796970691432850

Ítalla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Vitória - Espírito Santo
http://lattes.cnpq.br/1397465981683916

RESUMO: O artigo objetiva avaliar o nível de conhecimento sobre o HPV, assim como a aceitabilidade da vacina em estudantes de escolas públicas de Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil em 2021. Pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa por meio de questionário composto por 31 questões que versam sobre conhecimento e aceitabilidade da vacina HPV. Os formulários foram preenchidos por estudantes adolescentes de ambos os sexos regularmente matriculados em três escolas públicas do município. Os resultados indicaram maior adesão participantes do sexo feminino, o qual apresentou índice de assertividade maior que 60%, apesar de demonstrar baixo conhecimento no que se refere à aplicação da vacina antes da relação sexual, assim como as consequências de sua aplicação. Conclui-se que apesar da alta aceitabilidade do imunizante, tal fato não se repercute na prática, devido à baixa aderência de sua utilização, haja vista que, apesar de ser gratuito, não atingiu 20,0% dos adolescentes nos anos de 2016 e 2017.

PALAVRAS-CHAVE: Papillomaviridae. Vacinação. Conhecimento. Adolescente.

VACCINE ACCEPTABILITY AND KNOWLEDGE LEVEL OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) IN PUBLIC HIGH SCHOOL STUDENTS IN MANHUAÇU, MINAS GERAIS, BRAZIL

ABSTRACT: The article aims to assess the level of knowledge about HPV, as well as the acceptability of the vaccine in public school students in Manhuaçu, Minas Gerais, Brazil in 2021. Descriptive, cross-sectional and quantitative approach research through a questionnaire consisting of 31 questions that are about knowledge and acceptability of the HPV vaccine. The forms were filled out by adolescent students of both sexes who were regularly enrolled in three public schools in the city. The results indicated greater adherence to female participants, who presented an assertiveness index greater than 60%, despite demonstrating low knowledge regarding the application of the vaccine before sexual intercourse, as well as the consequences of its application. It is concluded that despite the high acceptability of the immunizing agent, this fact is not reflected in practice, due to the low adherence of its use, given that, despite being free, it did not reach 20.0% of adolescents in 2016 and 2017.

KEYWORDS: Papillomaviridae. Vaccination. Knowledge. Adolescent.

ACEPTABILIDAD DE LA VACUNA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PAPILOMAVIRUS HUMANO (VPH) EN ESTUDIANTES DE ESCUELA SECUNDARIA PÚBLICA EN MANHUAÇU, MINAS GERAIS, BRASIL

RESUMEN: El artículo tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre el VPH, así como la aceptabilidad de la vacuna en estudiantes de escuelas públicas en Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil en 2021. Investigación descriptiva, transversal y de enfoque cuantitativo a través de un cuestionario que consta de 31 preguntas. que tienen que ver con el conocimiento y la aceptabilidad de la vacuna contra el VPH. Los formularios fueron llenados por estudiantes adolescentes de ambos sexos que estaban matriculados regularmente en tres escuelas públicas de la ciudad. Los resultados indicaron una mayor adherencia a las participantes del sexo femenino, quienes presentaron un índice de asertividad superior al 60%, a pesar de demostrar un bajo conocimiento sobre la aplicación de la vacuna antes de las relaciones sexuales, así como las consecuencias de su aplicación. Se concluye que a pesar de la alta aceptabilidad del inmunizante, este hecho no se ve reflejado en la práctica, debido a la baja adherencia de su uso, dado que, a pesar de ser gratuito, no llegó al 20,0% de los adolescentes en 2016 y 2017.
PALABRAS CLAVE: Papillomaviridae. Vacunación. Conocimiento. Adolescente.

INTRODUÇÃO

A infecção por papilomavírus humano (HPV) é uma das infecções genitais mais frequentes no mundo e é causa necessária para ocorrência do câncer do colo do útero. No Brasil, estima-se que 15.590 mulheres adoeçam anualmente, com taxa de incidência bruta de 15,33/100 mil, um importante problema de políticas públicas, o que torna a prevenção e o controle do câncer do colo do útero prioridades nos pactos de gestão da saúde voltados para a saúde da mulher[1], tais como a prevenção, por meio do incentivo ao uso de preservativos e de parceiro fixo, e a secundária com o exame preventivo (Papanicolau) [1, 2].

A vacina foi outra forma de prevenção, que foi introduzida no calendário de vacinação, no Programa Nacional de Imunização (PIN) em 2013 estando disponível em todas as unidades de saúde. Para a OPAS/OMS, a vacinação contra HPV é a medida de saúde pública com mais custo-efetiva contra o câncer do colo do útero – o quarto tipo mais frequente em mulheres, com um número estimado de 530 mil novos casos em 2012, representando 7,5% de todas as mortes por câncer do sexo feminino[3].

Frente ao exposto, questiona-se qual o conhecimento sobre o HPV e aceitabilidade da vacina em estudantes das escolas públicas do município de Manhuaçu/MG, Brasil.

No que tange ao aspecto social, o estudo é relevante para a contribuição frente as causas associadas entre homens e mulheres, evidenciando a coparticipação do homem no HPV e a relação para o possível desenvolvimento do câncer de colo útero na mulher.

Ademais isso, os resultados podem contribuir para a reorientação de práticas de gestores, principalmente por enfatizar a questão do conhecimento e a necessidade

emergente de reorientação de políticas públicas que abranjam com maior especificidade a saúde sexual e reprodutiva em ambiente escolar.

Neste ensejo, gestores, trabalhadores da saúde e usuários do serviço ao compreenderem as implicações das ICSAPs na mudança da finalidade da UPA de Manhuaçu podem agir dentro da capacidade de ação de cada seguimento transformarem a realidade evidenciada no estudo.

Dessa forma o objetivo do estudo foi o de Analisar o nível de conhecimento sobre o HPV e aceitabilidade da vacina em estudantes adolescentes de escolas públicas do município de Manhuaçu, Minas Gerias, Brasil no ano de 2021.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa por meio de questionário composto por 31 questões que versam sobre conhecimento e aceitabilidade da vacina HPV.

Os participantes da pesquisa foram estudantes com idade a partir dos 15 anos de ambos os sexos matriculados nas escolas públicas de Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil, sendo excluídos alunos que não apresentassem termo do responsável, não quisessem responder ao questionário e os que não estivessem presentes no dia da coleta.

Os dados coletados foram tabulados utilizando planilhas eletrônicas do Microsoft Excel. Foram utilizados para descrever os dados: frequências absolutas e relativas e estimativas intervalares (IC 95%) da proporção de acertos. Para análise da relação entre sexos, foram calculados o risco relativo bruto e a regressão de Poisson. O erro amostral absoluto foi de 5%. As análises foram realizadas no Stata® 11.0 (StataCorp.,CollegeStation, EUA).

A pesquisa foi aprovada pela Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Básica (SDEB) quem emitiu o Termo de Anuência e complemento pelo Ofício SEE/SB nº 233/2018 determinando a Diretora da Superintendência Regional de Ensino de Manhuaçu que repasse em comunicação interna, em tempo hábil, as diretoras, no âmbito da Secretaria Municipal de Educação de Manhuaçu, da autorização da pesquisa nas escolas selecionadas.

O projeto possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu (CEP/FACIG). A pesquisa cumpre as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Variáveis	Mulheres	Homens	Total
	n= 165 (68,75%)	n= 75 (31,25%)	n=240
	n (%)	n (%)	n (%)
Idade			
De 15 a 17 anos	142 (86,1)	53 (70,7)	195 (81,25)
Igual ou acima de 18 anos	23 (13,9)	22 (29,3)	45 (18,75)
Estado Civil			
Solteiro (a)	165 (100,0)	165 (100,0)	240 (100,0)
Filhos			
Não	158 (95,8)	74 (98,7)	232 (96,7)
Sim	07 (4,2)	01 (1,3)	08 (3,3)
Escolaridade			
1º ano do ensino médio	22 (13,3)	12 (16,0)	34 (14,2)
2º ano do ensino médio	65 (39,4)	24 (32,0)	89 (37,1)
3º ano do ensino médio	70 (42,4)	34 (45,3)	104 (43,3)
Não informado	08 (4,8)	05 (6,7)	13 (5,4)
Renda Familiar[1]			
<2 salários mínimos	37 (22,4)	21 (28,0)	58 (24,2)
De 2 a 4 salários mínimos	32 (19,4)	14 (18,7)	46 (19,2)
De 4 a 10 salários mínimos	04 (2,4)	05 (6,7)	09 (3,8)
Acima de 10 salários mínimos	00 (0,0)	01 (1,3)	01 (0,4)
Não sabe informar	92 (55,8)	34 (45,3)	126 (52,5)
Profissão			
Empregado	09 (5,5)	09 (12,0)	18 (7,5)
Não empregado	156 (94,5)	66 (88,0)	222 (92,5)

Tabela 1- Características clínicas e sociodemográficas dos adolescentes durante a implementação da vacina contra o HPV em Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. 2021.

Fonte: A autora.

Dos 240 participantes, a maior parte foi composta pelo sexo feminino (68,75%), 81,25% encontram-se na faixa etária de 15 a 17 anos, 100% solteiros e 96,7% não tinham filhos. Dentre as mulheres jovens 4,2% tinham filhos.

A maior parte concentra-se no 3º ano do ensino médio (43,3%) com renda familiar menor que 2 salários mínimos (24,2%) e de 2 a 4 salários (19,2%). 92,5% não possuía emprego e, dentre estes, os homens possuem maior vínculo empregatício, ou seja, 12%

1 Renda familiar baseada no salário mínimo de 2019 (R$ 998,00). As categorias foram definidas como: < 2 salários mínimos; de 2 a 4 salários mínimos; de 4 a 10 salários mínimos; não sabe informar.

do total do grupo.
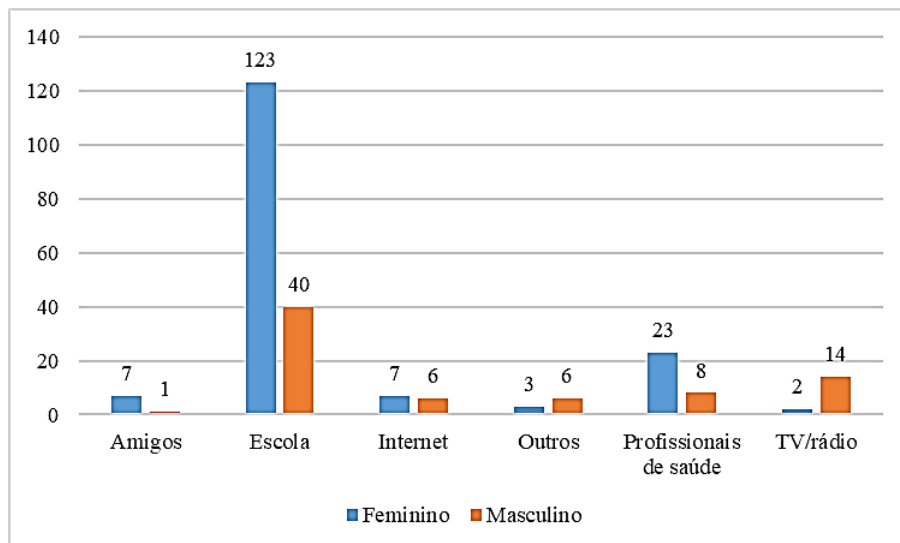
Figura 1- Principais fontes de informação para os adolescentes referente a vacina e conhecimento sobre o HPV. Minas Gerais, 2021.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao sexo feminino, a maior parte foi informada acerca da vacina através no ambiente escolar, e posteriormente, seguido por profissionais de saúde. Para o sexo masculino, a escola foi o primeiro lugar de disseminação, seguido de veículos de TV e rádio, conforme demonstra a Figura 1.

Questões	**Meninos**	**Meninas**	**População Total**	**RR[2] Bruto (IC 95%)**	**Valor de *p***
	Resposta correta n (%)**				
1. Você sabe o que é HPV?	23 (30,67)	103 (62,2)	126 (52,5)	1,11 (0,81 - 1,52)	0,486
2. HPV é um vírus?	53 (70,67)	134 (81,21)	187 (77,9)	1,09 (0,77 – 1,53)	0,619
3. HPV é uma doença sexualmente transmissível?	49 (65,33)	116 (70,3)	165 (68,8)	1,24 (0,89 – 1,73)	0,188
4. HPV causa câncer do colo do útero?	40 (53,33)	121 (73,33)	161 (67,1)	1,09 (0,78 – 1,52)	0,593
5. O HPV pode causar alterações no Papanicolau?	21 (28,0)	67 (40,61)	88 (36,7)	1,47 (1,09 – 1,98)	0,010

2 RR: risco relativo; IC 95% Intervalo de Confiança; Regressão de Poisson; * Perguntas que a resposta correta seria (Não); ** O nível adequado de conhecimento considerado é de 60%.

6. O câncer de colo do útero é um dos principais cânceres em mulheres?	57 (76,0)	122 (73,94%)	179 (74,6)	1,28 (0,91 – 1,79)	0,152
7. Fumar pode aumentar o risco de câncer colo do útero?	25 (33,33)	37 (22,42%)	62 (25,8)	1,89 (1,41 – 2,52)	<0,001

Tabela 2- Conhecimento sobre o HPV e suas repercussões clínicas, Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. 2021.

Fonte: Elaborado pela autora.

O índice de acerto menor que 60% esteve nas questões "você sabe o que é o HPV?" (52,5%), "O HPV pode causar alterações no Papanicolau?" (36,7%) e "Fumar pode aumentar o risco de câncer colo do útero?" (25,8%).

Os meninos apresentam conhecimento insuficiente sobre estas repercussões em 4 itens, enquanto as meninas apenas em 2. Observa-se associação estatística no item 5 que trata do questionamento se o HPV pode causar alterações no papanicolau (p= 0,010, RR bruto= 1,47) com porcentagem de acerto inferior a 37% e maior para as meninas (40,61%). O item 7 que questiona acerca da prática do tabagismo como fator de risco para o câncer de colo de útero também apresentou associação (p <0,001 RR bruto= 1,89), tendo porcentagem de acertos menor que 26% e dentre eles maior para os meninos (33,33%) (Tabela 2).

Questões	**Meninos**	**Meninas**	**População Total**	**RR[3] Bruto (IC 95%)**	**Valor de p**
	Resposta correta n (%)**				
8. A vacina contra HPV previne o câncer de colo de útero?	35 (46,67)	127 (76,97)	162 (67,5)	0,98 (0,70 – 1,37)	0,939
9. A vacina contra HPV deve ser aplicada antes da primeira relação sexual?	32 (42,67)	82 (49,7)	114 (47,5)	1,43 (1,05 – 1,95)	0,021
10. A vacina contra HPV pode ser aplicada em quem já teve relação sexual?	38 (50,67)	100 (60,61)	138 (57,5)	1,30 (0,94 – 1,78)	0,105
11. A vacina contra HPV pode ser prejudicial à saúde?	49 (65,33)	124 (75,15)	173 (72,1)	1,15 (0,82 – 1,61)	0,393
12. A vacina contra HPV pode causar infecção por HPV?	32 (42,67)	84 (50,91)	116 (48,3)	1,41 (1,03 – 1,92)	0,028
13. A vacina contra HPV é fornecida pelo governo?	53 (70,67)	149 (90,3)	206 (85,8)	0,88 (0,62 – 1,26)	0,520

3 RR: risco relativo; IC 95% Intervalo de Confiança; Regressão de Poisson; * Perguntas que a resposta correta seria (Não); ** O nível adequado de conhecimento considerado é de 60%.

14. A vacina contra HPV faz parte da carteirinha de vacinação das meninas?	48 (64,0)	149 (90,3)	197 (82,1)	0,88 (0,62 – 1,25)	0,493
15. São necessárias 3 doses para a vacinação completa?	31 (41,33)	119 (72,12)	150 (62,5)	1,03 (0,74 – 1,42)	0,855
16. A vacina contra HPV diminui a chance de ter “verrugas” genitais?	14 (18,67)	47 (28,48)	61 (25,4)	1,62 (1,21 – 2,16)	0,001
17. A vacina contra HPV diminui a chance de ter alterações no Papanicolaou (exame preventivo de câncer de colo do útero)?	14 (18,67)	60 (36,36)	74 (30,8)	1,47 (1,10 – 1,97)	0,009

Tabela 3- Conhecimento sobre a vacina contra HPV, Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. 2021.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao conhecimento sobre a vacina, os adolescentes apresentaram insuficiência em quatro itens, e dentre o percentual de acerto, a maioria foi pontuado por mulheres, a saber: “A vacina contra HPV deve ser aplicada antes da primeira relação sexual?” (Acertos= 47,5%, p= 0,021, RR bruto= 1,43); “A vacina contra HPV pode causar infecção por HPV?” (Acertos= 48,3%, p= 0,028, RR bruto= 1,41); “A vacina contra HPV diminui a chance de ter “verrugas” genitais?” (Acertos= 25,4%, p= 0,001, RR bruto= 1,62); e “A vacina contra HPV diminui a chance de ter alterações no Papanicolaou (exame preventivo de câncer de colo do útero)?” (Acertos= 30,8%, p= 0,009, RR bruto= 1,47).

Questões	Meninos	Meninas	População Total	RR[4] Bruto (IC 95%)	Valor de p
	Resposta correta n (%)**				
18. Você acha que a vacina contra HPV estimularia o início da vida sexual mais cedo?	32 (42,67)	129 (78,18)	161 (67,1)	0,94 (0,67 – 1,31)	0,728
19. Você acha que após a vacina contra HPV ainda é preciso usar camisinha?	67 (89,33)	163 (98,79)	230 (95,8)	0,92 (0,63 – 1,34)	0,684
20. Você acha que após a vacina contra HPV ainda é preciso fazer o Papanicolau?	53 (70,67)	148 (89,7)	201 (83,8)	0,94 (0,66 – 1,33)	0,734
21. Você conhece alguém que já tomou a vacina contra HPV?	45 (60,0)	152 (92,12)	197 (82,1)	0,83 (0,58 – 1,18)	0,302
22. Você já tomou a vacina contra HPV?	06 (8,0)	146 (88,48)	152 (63,3)	0,64 (0,46 – 0,90)	0,010

4 RR: risco relativo; IC 95% Intervalo de Confiança; Regressão de Poisson; * Perguntas que a resposta correta seria (Não); ** O nível adequado de conhecimento considerado é de 60%.

23. Você recomendaria a vacina contra HPV para filho(a), amigo ou parente tomar?	57 (76,0)	155 (93,94)	212 (88,3)	0,90 (0,63 – 1,29)	0,595

Tabela 4- Barreiras e aceitabilidade para a vacinação contra HPV.

Fonte: Elaborado pela autora

A tabela 4 evidencia que não houveram itens considerados insuficientes, exceto para os homens (42,67% de acertos) no item “Você acha que a vacina contra HPV estimularia o início da vida sexual mais cedo?”.

CONCLUSÃO

A vacina contra o HPV apresentou alta aceitabilidade principalmente no sexo feminino, déficit quanto ao conhecimento e repercussões do imunizante de forma mais abrangente no sexo masculino, o que não se refletiu no aumento expressivo de vacinados, não alcançando 20,0% dos adolescentes.

A vacina contra o HPV apresentou alta aceitabilidade principalmente no sexo feminino, déficit quanto ao conhecimento e repercussões do imunizante de forma mais abrangente no sexo masculino, o que não se refletiu no aumento expressivo de vacinados, não alcançando 20,0% dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves Ayres, A. R. G. et al. (2017). Infecção por HPV em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, 39, 92.

2. Souza, P. D. et al. (2018a) Knowledge and acceptance of HPV vaccine among adolescents, parents and health professionals: construct development for collection and database composition. Journal of Human Growth and Development.

3. Novaes, H. M. D. et al. (2012) Avaliação tecnológica de vacinas para a prevenção de infecção por papilomavírus humano (HPV): estudo de custo-efetividade da incorporação de vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações/PNI do Brasil. Relatório técnico-científico. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. p.154.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DOS FATORES BIOPSICOSSOCIAIS DO ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 09/09/2021

Thais Almeida Rodrigues
Hospital de Neurologia Santa Mônica
Goiânia – Goiás
http://lattes.cnpq.br/8210845713053551

Sérgio Gomes de Miranda
Professor da Universidade Estadual de Goiás
Senador Canedo - Goiás.
http://lattes.cnpq.br/6958315624255935

Katiulcy Carvalho Oliveira
Hospital de Neurologia Santa Mônica
Aparecida de Goiânia - Goiás
http://lattes.cnpq.br/7091135674888973

Luciene Apolinário de Araújo
Hospital de Neurologia Santa Mônica
Goiânia - Goiás
http://lattes.cnpq.br/9633475435469787

Gabriela Eiras Ortoni
Hospital de Neurologia Santa Mônica
Goiânia - Goiás
http://lattes.cnpq.br/6537385630381974

Kárita Mayara Socorro Lopes da Silva
Hospital de Neurologia Santa Mônica
Goiânia - Goiás
http://lattes.cnpq.br/3509946319350696

Nayara Barbosa Ferreira
Hospital de Neurologia Santa Mônica
Goiânia – Goiás
http://lattes.cnpq.br/7180480768359420

Lara Tavares Santiago Borges
Hospital de Neurologia Santa Mônica
Goiânia- Goiás
http://lattes.cnpq.br/9757139171549873

RESUMO: O texto discute a complexidade do trabalho da enfermagem em seus vários aspectos relativos às relações e interações entre profissional e paciente, bem como entre outros/as profissionais de saúde. Traz o absenteísmo como um fator agregador de problemas para a equipe, haja vista a ausência de um/a profissional sobrecarregar os/as demais funcionários/as. Seus agravantes são: físico, mental, social e espiritual, proporcionando, consequentemente, o adoecimento. **Objetivo:** Identificar quais as principais causas de absenteísmo entre os/as profissionais da enfermagem, apontando os fatores que levam à falta ao trabalho, bem como os danos causados pelo absenteísmo. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada por meio de busca *on-line* das principais causas de absenteísmo na enfermagem. **Resultados e discussão:** Os dados foram coletados por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados 18 (dezoito) artigos no período de 2008 a 2019. Evidenciou-se que o absenteísmo na área da enfermagem é multifatorial, representado em três categorias distintas inter-relacionadas: psicológicas, biológicas e sociais. **Conclusão:** As principais causas do absenteísmo por profissionais de enfermagem são multifatoriais, envolvendo os aspectos psicológicos, biológicos e sociais. É de extrema necessidade a elaboração de estratégias

eficazes dentro do ambiente de trabalho, proporcionando um local com melhor qualidade laboral, visando estratégias preventivas à saúde do/a trabalhador/a, onde o/a cuidador/a também será cuidado.
PALAVRAS-CHAVE: Saúde do/a Trabalhador/a; Absenteísmo; Multifatorial; Enfermagem.

ANALYSIS OF BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS OF ABSENTEEISM IN NURSING

ABSTRACT: The text discusses the complexity of nursing work in its various aspects related to the relationships and interactions between professional and patient, as well as between other health professionals. It brings absenteeism as an aggregating factor of problems for the team, given the absence of a professional overloading other employees. Its aggravating factors are: physical, mental, social and spiritual, thus causing illness. **Objective:** To identify the main causes of absenteeism among nursing professionals, pointing out the factors that lead to absence from work, as well as the damage caused by absenteeism. **Method:** This is a literature review, carried out through an online search of the main causes of absenteeism in nursing. **Results and discussion:** Data were collected through the Virtual Health Library (VHL). Eighteen (18) articles were selected from 2008 to 2019. It was evident that absenteeism in nursing is multifactorial, represented in three distinct interrelated categories: psychological, biological and social. **Conclusion:** The main causes of absenteeism by nursing professionals are multifactorial, involving psychological, biological and social aspects. It is extremely necessary to develop effective strategies within the work environment, providing a place with better work quality, aiming at preventive strategies for the health of the worker, where the caregiver will also be cared for.
KEYWORDS: Worker's Health; Absenteeism; Multifactorial; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A categoria de enfermagem é a maior força de trabalho na área da saúde. Ela é a base de cuidados que se dedica integralmente a garantir que a equipe trabalhe de forma humanizada. Tem como foco o bem estar de pacientes, a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos.

O trabalho da enfermagem envolve vários aspectos, pois lida o tempo todo com relações e interações que envolvem enfermeira-paciente e também outros/as profissionais de saúde. Direciona as necessidades específicas, respeita as diferenças e é criterioso em suas ações, buscando o sincronismo entre paciente e equipe multiprofissional. Nesse contexto, o absenteísmo é um fator agregador de problemas para a equipe de enfermagem, pois a ausência de um/a profissional sobrecarrega os/as demais. Isso tende a gerar diversos agravantes; tais como: desgaste físico, mental, social e espiritual, proporcionando o adoecimento do/a profissional que fica sobrecarregado/a.

Com tantos afazeres diários inerentes ao ofício, este/a profissional acaba se sobrecarregando, o que o/a deixa mais propício à convalescência e aos altos índices de absenteísmo que surgem no local de trabalho. Tais faltas agregam mais tarefas aos/

às demais profissionais para prestar o devido cuidado, exigindo assim um ritmo mais acelerado de trabalho, o que pode acarretar consequências para a instituição de saúde, aos/às profissionais, pacientes e para a assistência prestada.

Ressalta-se a necessidade do cuidado com o/a cuidador/a, devido ao lugar de trabalho da enfermeira ser, em sua grande maioria, um local com rotinas de alto grau de tensão, onde o/a profissional se expõe diariamente com a dor e o alívio do sofrimento do/a paciente. Além disso, tem jornada excessiva de trabalho, o que pode estimular o/a profissional a abdicar de seus sentimentos e vontades próprias para cuidar dos/as pacientes que requerem atenção, visto que para um cuidado em sua totalidade é preciso que o/a profissional que cuida respeite sua a saúde e a individualidade do/a paciente.

Percebe-se que o adoecimento físico e mental de trabalhadores/as de saúde é a causa principal de absenteísmo e desencadeia um processo de sobrecarga para a equipe. Assim, cria-se um círculo de afastamentos ao trabalho. A frequência desses afastamentos afeta a qualidade do cuidado prestado e se reflete na assistência ao/à cliente. Nesse sentido, este é um problema habitual e com causas multifatoriais que se inter-relacionam de maneira a gerar outros agravos no ambiente de trabalho, principalmente no que tange à saúde do/a trabalhador/a.

Diante desse contexto, o presente estudo tem seu Problema de Pesquisa: *Quais são os principais fatores que provocam o absenteísmo em profissionais de enfermagem?*

2 I OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar na literatura quais as principais causas de absenteísmo entre profissionais da enfermagem.

Objetivos Específicos

- Descrever os fatores que geram absenteísmo na enfermagem;
- Apontar os danos causados na equipe de enfermagem, devido ao absenteísmo da categoria;
- Identificar as principais doenças que levam ao absenteísmo na equipe de enfermagem.

3 I REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, no cenário brasileiro, a enfermagem é representada por 80% de profissionais técnicos/as e auxiliares e 20% de enfermeiras/os. No ano de 2015, uma pesquisa realizada pela Fiocruz, em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem, apontou o desgaste profissional em 66% da categoria, num universo de 1,6 milhão de

profissionais entrevistadas/os (BRASIL, 2015). A pesquisa traz o perfil da maior categoria profissional do campo da Saúde no Brasil. Trata-se de uma profissão presente em todos os municípios, fortemente inserida no SUS e com atuação nos setores público, privado, filantrópico e de ensino (COFEN, 2019).

O trabalho edifica o/a profissional, quando proporciona gratificação, prazer e o reconhecimento (COSTA *et. al.,* 2009). A profissão de enfermagem é uma ocupação em que lida diretamente com o cuidado prestado a outra pessoa; porém, se seu exercício profissional torna inconciliável com uma boa qualidade de vida, isso pode trazer às/aos trabalhadoras/es sofrimentos biopsicossociais que podem levá-las/os ao afastamento de suas atividades cotidianas no ambiente de trabalho.

Segundo Abreu e Simões (2009), o significado da palavra absenteísmo é facilmente interpretada pela falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais. Essa abstenção ao trabalho pode ser determinada por motivos justificáveis, legalmente ou não. Assim, independente de seu tipo, o absenteísmo resulta em desestruturação do serviço, sobrecarga de trabalho e, consequentemente, insatisfação de trabalhadoras/es presentes. Os motivos do absenteísmo podem ser inúmeros, entre eles: o adoecimento e o acidente de trabalho devido às possíveis condições inseguras e inadequadas no trabalho e/ou agentes estressantes que provocam desequilíbrio psicológico e físico (MARTINATO *et al.,* 2010). Para esses mesmos/as estudiosos/as, a ausência de um/a profissional na equipe gera uma sobrecarga das/os demais profissionais daquele ambiente, em que irão desempenhar funções extras para suprir a falta de outra/o profissional e, com isso, essa sobrecarga pode afetar a saúde da/o trabalhador/a, trazendo desgaste físico, psicológico e social (MARTINATO *et al.,* 2010). Em hospitais brasileiros, estudos demonstraram que as taxas de ausências não previstas variaram de 1,53 a 19,27 dias de afastamento/trabalhador/ano, sendo que o índice de absenteísmo esperado era de 1,23 a 6,82 dias, comprovando-se elevada taxa de absenteísmo nas instituições estudadas (BARBOZA; SOLER, 2003; INOQUE *et al*., 2008).

A Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN preconiza e orienta sobre o quantitativo de pessoal necessário para cada unidade de trabalho. Preconiza o dimensionamento de pessoal para prestar uma assistência segura e de qualidade aos/às clientes, além de demonstrar e reforçar sobre o Índice de Segurança Técnica (IST), que abrange as faltas não previstas de profissionais ao trabalho. Vale ressaltar que a ausência do/a trabalhador/a causa problemas para toda a equipe, consequentemente, levando a uma influência negativa na prestação do cuidado ao/à paciente, sobrecarregando aos/às demais trabalhadores, exigindo um ritmo mais intenso e responsabilizando-o por uma carga maior de trabalho.

Nesse contexto, Mininel (2011) retrata que as sobrecargas nas jornadas de trabalho agregam fatores negativos para a saúde do/a trabalhador/a, gerando mal estar psíquico e reações fisiológicas, que evidenciam-se em dores lombares, fadiga e sensação de

exaustão, rigidez do pescoço e acidez estomacal, fatores estes que debilitam e levam ao absenteísmo destes/as profissionais, ressaltando que a insatisfação com o ambiente, a falta de equipamentos de proteção individual e coletiva, e também plantões noturnos são fatores relevantes para um déficit no desempenho da função.

Ainda, para Schmoeller (2011), agregar funções gera desgaste da saúde emocional e física do/a trabalhador/a, levando a falhas de memória, dificuldade de concentração, descontrole emocional, perturbações do sono e medo de cometer erros o que se torna um fator agregador de acidentes de trabalho, pois os mesmos ficam sobrecarregados/a devido à falta de outro/a profissional o que leva ao desempenho em dobro das atividades inerentes ao seu plantão.

Martinato et al. (2010) ressaltam que competitividade e exigências institucionais, aliadas à insegurança no mercado de trabalho e associadas à ausência de condições salubres do ambiente de trabalho podem também afetar a saúde do/a trabalhador/a, predispondo-o/a ao adoecimento e, por consequência, ao absenteísmo. Segundo Ferreira (2014), doença tem como significado a falta ou perturbação da saúde; enquanto o absenteísmo se caracteriza pela ausência dos/as trabalhadores/as ao trabalho (CHIAVENATO, 2004). Essa ausência, geralmente ocorre por motivo de doença, e esse fato pode provocar no/a trabalhador/a mal estar, indisposição e a não execução da sua atividade de trabalho. O absenteísmo pode ocorrer pelo desencadeamento de riscos existentes no local de trabalho que predispõem esse/a trabalhador/a problemas de saúde ou, até mesmo, a incapacidades permanentes.

É importante analisar que as causas do absenteísmo nem sempre estão ligadas ao/à profissional, mas sim à instituição com processos de trabalho deficientes através da repetitividade de atividades, da desmotivação, das condições desfavoráveis do ambiente de trabalho, da precária integração entre os/as empregados/as e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanística (SILVA; MARZIALE, 2008).A enfermagem é uma profissão agregadora de funções e a sobrecarga provocada pelo absenteísmo afeta não somente o bem estar do/a trabalhador/a, mas também a qualidade do cuidado prestado. Sendo assim, compromete a organização do serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os presentes e compromete a eficiência da assistência prestada (SANTANA, 2013).

Além dos fatores relacionados ao ambiente de trabalho, contribuindo para o absenteísmo, os fatores sociais e pessoais destacam-se como motivo de interferência na assiduidade dos/as trabalhadores/as (SULZBACHER *et al.,* 2009). Devido à preocupação com os grandes índices do absenteísmo na enfermagem, estudos têm sido importantes para conhecer as causas e, consequentemente, repensar em intervenções para diminuir essas ausências no ambiente do trabalho.

4 I METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, que é considerada uma parte vital no processo de investigação. A revisão narrativa envolve análise, interpretação e investigação prévia sobre o assunto em artigos científicos, podendo ter também como base literária, os livros, anais de congressos e até resumos, relacionados com a sua área de estudo (BENTO, 2012).

O estudo foi realizado por meio de buscas on-line sobre as principais causas de absenteísmo na enfermagem. A captura dessas produções foi processada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão na busca os artigos publicados em português, no período de 2009 até os dias atuais. O período estipulado para estudo não teve interesses pessoais na pesquisa, somente permitiu um tempo maior e oportunidade em vasculhar a literatura acerca do assunto. Como critérios de exclusão foram desconsiderados: teses, dissertações, resumos de anais e monografias. Os descritores utilizados em Ciências da Saúde (DeCS) foram: Saúde do/a Trabalhador/a AND Absenteísmo AND Enfermagem. A leitura dos artigos seguiu a proposta da Gil-Monte (2002): exploratória seletiva, analítica e interpretativa. A exploratória e seletiva apresentam a obra de uma maneira objetiva e crítica, afim de conduzir o/a leitor/a aos aspectos pertinentes da pesquisa.

A leitura visa ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, devendo direcioná-las de forma imparcial e respeitosa, mantendo a objetividade. A princípio, faz-se uma leitura integral da obra, identificando, hierarquizando e sintetizando-a. Já a leitura interpretativa, constitui a última e completa a etapa do processo e tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução (GIL-MONTE, 2002).

O material analisado abordou as principais causas de absenteísmo na enfermagem e associou seus fatores, o que permitiu o uso da análise do conteúdo. Após a leitura dos artigos selecionados, as informações que corresponderam aos objetivos do estudo foram agrupadas de acordo com a amostra (sujeitos), os objetivos, a metodologia utilizada, os resultados e as conclusões de cada estudo. Os resultados dessa busca compuseram tabelas descritivas dos achados, sendo organizadas de acordo com a estruturação dos artigos selecionados.

A partir da análise dos 19 artigos selecionados, tomando por fundamento os objetivos dos estudos desta revisão, identificaram-se três categorias temáticas: 1- fatores psicológicos; 2 - fatores biológicos e 3 - fatores sociais em que contribuem para o absenteísmo na enfermagem, conforme exposto nos resultados adiante.

Por ser um estudo bibliográfico, o mesmo não causou danos potenciais decorrentes da pesquisa. Por não envolver seres humanos na geração dos dados este estudo não necessitou da aprovação de Comitês de Ética em Pesquisa. Contudo, este estudo obedece a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, haja vista o compromisso dos/as pesquisadores/as quanto ao atendimento dos critérios éticos ao longo de todo seu desenvolvimento, de acordo como o tipo de estudo escolhido.

Quanto às contribuições decorrentes deste estudo, pretende-se colaborar com reflexões acerca do assunto abordado e que os resultados provoquem, nos/as atuais e futuros/as profissionais, meios de diminuir o absenteísmo. Que novas estratégias voltadas para o próprio bem estar possam ser agrupadas no cotidiano dos/as profissionais para que assim o cuidado dispensado não esteja à margem de riscos.

5 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram utilizados os seguintes descritores: Saúde do Trabalhador AND Absenteísmo AND Enfermagem. Como resultado dessa busca, observou-se o total de 249 artigos, sendo 140 MEDLINE, 63 LILACS, 38 BDENF, quatro Coleciona SUS, dois IBECS, um Index Psicologia e um MOSAICO. Posteriormente, aplicando os critérios de inclusão e exclusão conforme delineados para o estudo, encontram-se 23 artigos, sendo 19 LILACS e quatro BDENF, sendo que quatro artigos foram publicados em duas bases de dados diferentes, havendo assim duplicidade desses, conforme quadro 01.

Base de Dados	DESCRITORES
	Absenteísmo AND enfermagem AND Saúde do trabalhador
MEDLINE	140
LILACS	63
BDENF	38
Coleciona SUS	04
IBECS	02
Index	01
MOSAICO	01
TOTAL	**249**

Quadro 1: Resultados da pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Após leitura crítica dos artigos encontrados, foram selecionados 16 artigos. Com a análise desses, foi possível concluir que ainda poderíamos realizar outra busca, para assim melhorar nosso próprio acervo. Realizam-se outra busca em que foram adotados mais 02 artigos da base de dados Scielo, perfazendo um total de 18 artigos que compuseram a análise, conforme descrito abaixo na figura 1.
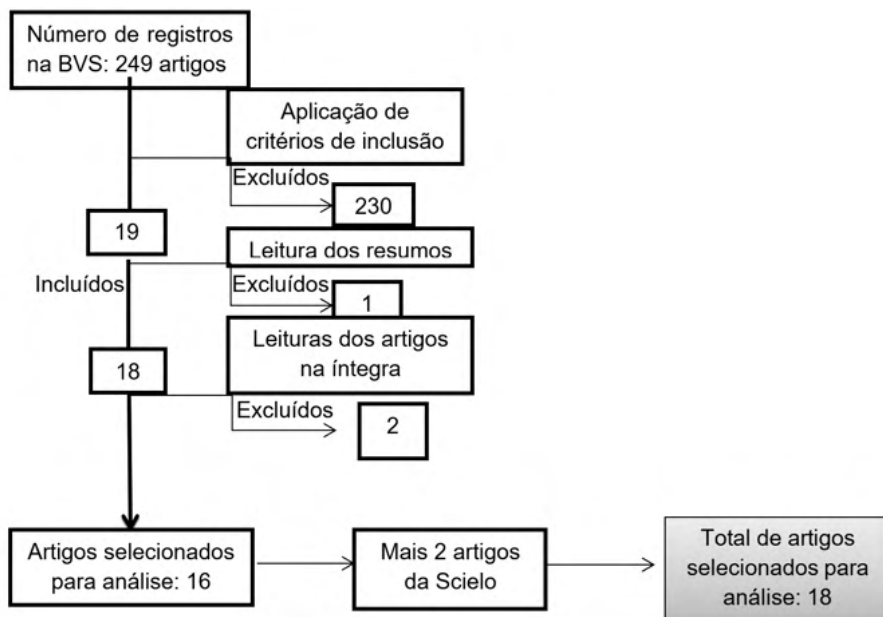
Figura 1. Fluxograma de seleção do estudo de revisão integrativa.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Analisando o Quadro 2, em que constam os dados referentes à origem dos artigos, pode-se perceber que os anos com maior número de publicações sobre o tema foram os anos de 2011 e 2012, sendo todos com três publicações a cada ano. Isso permite afirmar que o tema preocupa os/as profissionais envolvidos/as; porém, ainda necessita de mais abrangência no mundo acadêmico, pois se trata de um assunto importante, visto que, retrata a situação atual do/a profissional enfermeiro/a e seus entraves para um bom desempenho no trabalho.

Ano	Periódico	Autor (a)
2018	Revista Eletrônica de Enfermagem	FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K.; CAMPOS, C .J. G.; SILVA, E. M.
2017	Cogitare Enfermagem	CARVALHO, D. C.; ROCHA, P. L.; BARLEM, T. G. J.; DIAS, S. J.; SCHALLENBERGER, D. C.
2017	Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	BREY, C.; MIRANDA, A. M. F.; HAEFFNER, R.; CASTRO, S. R. I.; SARQUIS, M. M. L.; FELLI, E. V.
2016	Revista Uruguaya de Enfermería	COELHO, M. A.; BEZERRA, A. L. Q.;FUGULIN, F. M. T.; CUNHA, C. C. B.; MARQUES, D. O.
2015	Revista Brasileira de Enfermagem	MARQUES DO, PEREIRA MS, SOUZA ACS, VILA VSC, ALMEIDA CCOF, OLIVEIRA EC.
2015	Revista Mineira de Enfermagem	MANTOVANI, V. M.; NAZARETH, J. K.; MACIEL, D. N. P.; BIASIBETTI, C.; LUCENA, A.F.; ECHER, I. C.
2014	Revista Brasileira de Enfermagem	ABREU, R. M. D.;GONÇALVES, R. M. D.; SIMÕES, A. L. A.
2014	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	MARZIALE, M. H.P.; SANTOS, H. E. C.; CENZI, C. M.; ROCHA, F. L. R.;TROVÓ, M. E. M.
2013	Revista Mineira de Enfermagem	SILVA, G. T.;CUNHA, C.R.T.; COSTA, A. L. R. C.; MARUYAMA, S. A. T.
2012	Revista de Saúde Pública	FERREIRA, R. C.; GRIEP, R. H.; FONSECA, M. J. M.;ROTENBERG, L.
2012	Revista de Enfermagem UERJ	CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N.C.
2012	Revista da Escola de Enfermagem	GALINDO, R.H.; FELICIANO, K. V. O.; LIMA, R. A. S.; SOUZA, A. I.
2011	Revista Rede de Enfermagem do Nordeste	FERREIRA, E. V.;AMORIM, J. D. M.;LEMOS,R.M.C.; FERREIRA, N. S.;SILVA, F. O.; LAUREANO, F. J. R.
2011	Revista de Enfermagem UERJ	MAGALHÃES, N. A. C.;FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C.; DONATO, M. D.; DOMINGOS, A. M.
2011	Ciência Cuidado e Saúde	UMANN, J.; GUIDO, L. A.; LEAL, K. P.; FREITAS, E. O.
2010	Revista Gaúcha Enfermagem	MARTINATO, M. C. N. B.; SEVERO, D.F.; MARCHAND, E. A. A.; SIQUEIRA, H. C. H.
2009	Ciência Cuidado e Saúde	ABREU, R. M. D.; SIMÕES, A. L. A.
2009	Revista de Enfermagem UERJ	GIOMO, D. B.;FREITAS, F. C. T .;ALVES, L. A.; ROBAZZI, M. L. C. C.

Quadro 2: Distribuição dos artigos selecionados, período de 2008-2018, segundo periódico e autores.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Sobre os periódicos com maior número de publicações, destacaram-se: Revista de Enfermagem UERJ (03 estudos); Ciência Cuidado e Saúde (02 artigos); Revista Brasileira de Enfermagem (02 artigos); Revista Mineira de Enfermagem (02 artigos). Sendo assim, demonstra que a temática é de relevância para alguns periódicos para publicação e que, mesmo assim, ainda é preciso instigar mais periódicos e pesquisadores/as para discuti-lo e estudá-lo a fim de promover melhor qualidade de vida para os/as profissionais de

enfermagem na tentativa de diminuir as taxas de absenteísmo e combater as causas existentes.

Outro ponto explorado foi sobre em quais regiões do país esses periódicos publicaram estudos abordando a temática em questão. Assim pode observar-se que os periódicos com maior número de publicações estão localizados na região Sudeste e Sul do Brasil, especificamente, destacando se Porto Alegre e Rio de Janeiro, com, respectivamente, quatro e duas publicações neste período.

No que se refere aos/às autores/as sobre o tema, chama a atenção o fato de que, em meio a 16 periódicos analisados, em nenhum deles, o/a autor/a se repete; ou seja, os diversos artigos estudados foram produzidos por 73 autores/as diferentes, o que permite afirmar que existem vários/as profissionais interessados/as e empenhados/as nessa temática. Porém, ainda é necessário que haja mais divulgação nos serviços de saúde e profissionais empenhados/as em estratégias para minimizar as taxas de absenteísmo.

No quadro 3, conforme o esboço nas três páginas seguintes, reporta a estruturação dos periódicos quanto aos títulos dos artigos, seus objetivos e as conclusões dos diferentes estudos. Quanto aos títulos, foram colocados na íntegra de acordo com as buscas realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde, sendo o tema central: o absenteísmo na enfermagem. Sendo assim, foi possível observar que em sua maioria, os títulos esboçaram o intuito de compreender os motivos e os índices do absenteísmo do/a profissional de enfermagem em diversos locais de trabalho e diferentes regiões do Brasil.

Titulo	Objetivo geral	Conclusão
O/A profissional de enfermagem e sua percepção sobre absenteísmo.	Estudar a percepção dos/as profissionais da equipe de enfermagem de um Hospital Universitário sobre o absenteísmo.	Com base nesse estudo, evidencia-se que o absenteísmo constitui um sério fator de imprevisibilidade para a organização, provocado pelo comportamento humano, sendo associado ao clima e a satisfação organizacional.
Cargas de trabalho e a saúde do/a trabalhador/a de enfermagem: revisão integrativa	Identificar a influência das cargas de trabalho na saúde do/a trabalhador/a de enfermagem.	Conclui-se que a identificação dessas influências possibilita a implementação de ações organizacionais, de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
O absenteísmo entre os/as trabalhadores/as de saúde de um hospital público do sul do Brasil.	Objetiva-se caracterizar o perfil de adoecimento dos/as trabalhadores/as de saúde e seu absenteísmo, em um hospital público na região sul do Brasil.	Conclui-se que, a partir dos resultados, faz-se necessário o acompanhamento e verificação dos indicadores de absenteísmo para estabelecer estratégias que visem a sua redução. O absenteísmo-doença é um importante indicador da saúde do/a trabalhador/a decorrente de múltiplos fatores.
O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário.	Analisar o absenteísmo-doença da equipe de enfermagem.	O absenteísmo doença compromete o funcionamento do serviço, a equipe de enfermagem e os/as usuários/as, promove uma sobrecarga de trabalho e interfere na qualidade da assistência de enfermagem.

Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem.	Caracterizar o absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem	Concluiu-se que o absenteísmo por enfermidade entre os/as profissionais de enfermagem é um problema presente nas unidades de internação estudadas, visto que 73,57% dos/as profissionais acompanhados/as apresentaram algum tipo de afastamento durante o período estudado. Considerando-se a categoria profissional, percebeu-se que quanto menor o nível hierárquico do/a trabalhador/a, maior o número de afastamentos por doença, uma vez que os/as auxiliares de enfermagem foram os/as que tiveram mais necessidade de afastamento do trabalho.
Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho	Identificar os motivos atribuídos pelos/as profissionais de enfermagem para as faltas ao trabalho e descrever as alternativas propostas para redução do absenteísmo em um hospital de ensino.	Concluiu-se que o absenteísmo envolve questões subjetivas com múltiplas dimensões, que não podem ser elucidadas somente pela perspectiva quantitativa.
Consequências da exposição ocupacional a material biológico entre trabalhadores/as de um hospital universitário.	Analisar a ocorrência, as características e consequências do acidente de trabalho com exposição a material biológico para trabalhadores/as e instituição.	Conclui-se que grande parte dos acidentes de trabalho com material biológico ocorreram na realização de punção venosa e administração de medicamentos com a manipulação de agulhas sem dispositivo de proteção. Isso indica que as condições de trabalho necessitam ser adequadas na instituição estudada, considerando as exigências da NR 32.
Experiência de adoecimento e licença médica: o caso de uma técnica de enfermagem.	Compreender a experiência de adoecimento de uma técnica de enfermagem ausente do trabalho por licença médica, descrevendo os significados e sentidos do adoecimento atribuídos por ela à sua vida cotidiana e profissional.	Concluiu-se que a experiência do adoecimento e sua consequente necessidade de hospitalização geraram na trabalhadora importantes transformações. O que viu do outro lado a deixou perplexa, diante da indiferença e da dor manifestada por seus pares, gerando nela o desejo de adotar outra prática profissional mais humana e mais respeitosa às queixas das pessoas internadas.
Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores/as de enfermagem	Analisar fatores associados ao absenteísmo por doença autorreferido em trabalhadores/as de enfermagem.	Conclui-se que diferentes variáveis foram associadas às duas modalidades de absenteísmo, o que sugere sua determinação múltipla e complexa, relacionada a fatores de diversos níveis que não podem ser explicados apenas por problemas de saúde.
Absenteísmo entre trabalhadores/as de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário	Levantar as taxas de absenteísmo entre trabalhadoras em enfermagem e definir o índice de segurança técnica (IST) que melhor se ajusta à realidade pesquisada.	Concluiu-se que, entre as auxiliares e técnicas, essa taxa foi elevada, sobrepondo-se ao IST de 30% utilizado na organização. Após este estudo, medidas foram tomadas, tais como a correção do IST para 40% e realização de encontros entre a equipe de enfermagem e a psicóloga do serviço de desenvolvimento de pessoas.

Síndrome de Burnout entre enfermeiros/as de um hospital geral da cidade do Recife	Identificar a ocorrência de burnout, detalhando as três dimensões da síndrome, e alguns fatores sócio-demográficos e das condições do trabalho que lhes são associados entre enfermeiros/as de hospital geral do nível terciário de atenção, da cidade do Recife.	A frequência de burnout era baixa na população estudada, mas os resultados despertam preocupação, particularmente, devido ao caráter sorrateiro da síndrome, uma vez que algum dos seus sentimentos e atitudes constituintes pode estar presente de modo intermitente, avançando com o tempo.
O Absenteísmo dos/as trabalhadores/as de enfermagem em hospital universitário do Estado de Pernambuco.	Identificar e analisar as causas de absenteísmo dos/as trabalhadores/as de enfermagem do serviço de internação através de auditoria em fichas de afastamentos não programados.	Concluiu-se ser necessária a adoção de programas e ações preventivas que visem melhorias nas condições de trabalho, favorecendo uma melhor qualidade de vida aos/às profissionais de saúde e uma assistência de enfermagem digna aos/às usuários/as.
O absenteísmo entre trabalhadores/as de enfermagem no contexto hospitalar	Identificar as causas de absenteísmo do pessoal de enfermagem das unidades do Hospital Universitário São Francisco de Assis da cidade do Rio de Janeiro	Constatou-se que as doenças do sistema osteomuscular e as psíquicas foram as causas mais frequentes das licenças analisadas em todas as categorias estudadas no ambiente laboral. Apesar dos resultados apontados pela pesquisa, pode-se ressaltar que os mesmos geraram subsídios para a administração do serviço de enfermagem e de saúde do/a trabalhador/a, no sentido de contribuir para a prevenção de riscos no trabalho e promoção da saúde.
Absenteísmo na Equipe de Enfermagem no Contexto Hospitalar	Identificar o que tem sido produzido na literatura científica sobre absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar.	Conclui-se que a avaliação do absenteísmo no contexto hospitalar, além de fornecer informações a respeito do estado de saúde dos/as trabalhadores/as e riscos ocupacionais, pode favorecer a identificação das condições de trabalho que levam ao adoecimento da equipe de enfermagem. Assim, o reconhecimento das circunstâncias que envolvem o absenteísmo é importante ferramenta para avaliação da saúde do/a trabalhador/a e adoção de medidas preventivas em benefício da qualidade da assistência.
Absenteísmo na Enfermagem: Uma Revisão Integrativa	Objetiva-se neste estudo conhecer as produções científicas nacionais, resumos de artigos, publicados no período de 2003 a 2008, abrangendo o tema do absenteísmo dos/as profissionais de enfermagem.	Concluiu-se que os/as profissionais de enfermagem são acometidos/as por inúmeros problemas de saúde, sendo uma das causas do absenteísmo. Destacaram-se as estratégias do dimensionamento de pessoal e as ações preventivas como modos de estabelecerem melhores condições de trabalho, minimizando o absenteísmo.
Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino	Caracterizar o índice de absenteísmo e classificar as ausências ao trabalho por motivo de doença entre os/as profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.	Concluiu-se que se faz necessária uma investigação mais ampla sobre o significado do absenteísmo na visão dos/as profissionais de enfermagem, no intuito de entender os fatores predisponentes à sua ocorrência e estabelecer medidas para prevenção do adoecimento.

Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores/as de enfermagem hospitalar.	Identificar acidentes de trabalho, absenteísmo e relacionar riscos ocupacionais com o absenteísmo referente a trabalhadores/ as de enfermagem de dois hospitais, na cidade de Ribeirão Preto (SP).	Conclui-se entre os acidentes de trajeto acontecidos, a maioria ocorreu antes do início do turno laboral. Todos esses acidentes geraram 117 dias de afastamento. Na comparação das notificações, o hospital público superou o privado em número de notificações ao longo dos meses.

Quadro 3: Distribuição dos artigos selecionados quanto ao Título, Objetivo Geral e Conclusão.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No que se refere aos objetivos, a maior parte dos estudos buscou identificar, analisar, compreender e apontar sobre as dificuldades encontradas pelos/as profissionais que levam ao absenteísmo e, em muitos casos, ao adoecimento provocado pelo ambiente de trabalho. Assim foi possível perceber que, em sua maior parte, as conclusões atendem ao objetivo descrito pelos/as pesquisadores/as, demonstrando que conseguiram chegar ao objetivo de cada estudo realizado.

Cabe destacar que os estudos revelaram a necessidade de discussão do tema e ainda precisa ser mais compreensível pelos/as profissionais e gestores/as as razões que levam a essas faltas ao trabalho. Pois as ausências não podem ser consideradas somente uma simples falta e sim, por muitas vezes, trazem de forma velada os reais motivos do absenteísmo que mesmo imperceptíveis pelo/a trabalhador/a pode gerar danos biopsicossociais e, consequentemente, baixa qualidade de vida pessoal e no trabalho. Conclusões apontam a importância que novas táticas sejam sugeridas a fim de prevenir o absenteísmo.

Após a análise criteriosa e sistemática dos achados bibliográficos sobre o tema, foi possível destacar três categorias que englobam a totalidade das causas principais do absenteísmo entre profissionais de enfermagem. As categorias apresentadas a seguir sustentam-se nos princípios biológicos, psicológicos e sociais, sendo que esses possibilitam um olhar holístico do ser e do adoecer. Nesse sentido, entende-se que esses fatores se baseiam nas causas e no progresso das doenças com um olhar amplo e significativo, sendo esses envoltos genéticos, bioquímicos, além do estado de humor, de personalidade, de comportamento, e também relacionados a meios culturais, familiares e socioeconômicos (CARVALHO; MAGALHÃES, 2013).

Os estudos analisados abordam que há cinco tipos principais de absenteísmo: absenteísmo por doença (ausência justificada por licença de saúde); absenteísmo por patologia profissional (acidentes de trabalho e/ou doença profissional); absenteísmo legal (amparado por leis, como gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar); absenteísmo compulsório (suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho); e absenteísmo voluntário (razões particulares não justificadas) (COSTA 2009). Enquanto para Laus e Anselmi (2014), algumas funções

do trabalho podem desencadear ansiedade, insatisfação, estresse, tensão, gerando ausências não justificadas ou justificadas por licenças médicas, onde se denomina também como absenteísmo.

Como foi descrito anteriormente, o absenteísmo na área da enfermagem é multifatorial; e após a análise e síntese dos achados bibliográficos sobre o tema foi possível organizar três categorias distintas, porém inter-relacionadas, que são consideradas como possíveis causas do absenteísmo e serão apresentadas a seguir.

5.1 Categorização 1 - Fatores psicológicos

As causas do absenteísmo são caracterizadas por diversos fatores, sejam causas intrínsecas ou extrínsecas, e consideram que profissionais da equipe de enfermagem lidam, a todo momento, com um ambiente angustiante e de sofrimento, pois enfrentam a cada instante o processo saúde-doença e morte. Sendo esse um dos fatores que pode gerar um ambiente hostil e propenso ao risco de pressão psicológica ao/à trabalhador/a, levando ao/à cuidador/a ser a pessoa que necessita de cuidados (SHIMIZU, 2007; MARTINATO *et al.,* 2010). No entanto, compreende-se que não se pode relacionar o desgaste físico e emocional da pessoa que sofre apenas como um fator isolado, pois há necessidade de analisá-lo como um todo.

Nos artigos selecionados para o estudo, em sua grande maioria, retratam que o fator psicológico é tido como um dos principais motivos que pode levar ao absenteísmo na área da saúde. Reforçam ainda que o/a cuidador/a dedica-se aos cuidados ao/à outro/a se esquecendo que é um/a ser dotado/a de limitações e deixa de prezar seu bem estar. Além disso, a enfermagem tem maior número de profissionais do sexo feminino, o que torna mais propenso ao desenvolvimento de doenças de cunho psicológico; pois, além de lidar com turnos de trabalho estressantes ainda dedicam-se a cuidar dos/as filhos/as e/ou família e as atividades domésticas (SHIMIZU, 2007, UMANN, 2011).

As mulheres profissionais da enfermagem são mais acometidas pelos desgastes físicos e emocionais, pois precisam lidar com a falta do tempo dedicado à família, exacerbam alguns fatores organizacionais do ambiente de trabalho. Assim, os danos psicológicos geram estresse diário, além da sobrecarga de trabalho, muitas vezes acompanhada pela falta de reconhecimento profissional, do alto índice de depressão, sofrimento psíquico, antecipação do medo e baixa auto estima entre essas profissionais. A profissional do sexo feminino é o que apresenta maior índice de desgaste físico e psicológico; pois, sendo a mulher cuidadora em seu ambiente de trabalho e também quem se dedica aos trabalhos do lar e com a família ocorre uma sobrecarga de atividades, levando ao adoecimento e ao afastamento de suas atividades (LEE; ERICKSEN, 2011).

Fugulin (2003) e Abreu *et al.,* (2014) trazem que o absenteísmo pode levar ao adoecimento entre os/as profissionais da enfermagem por estar intimamente relacionado a sobrecargas de trabalho, falta de dimensionamento de pessoal, ausência de ações voltadas

para a saúde do/a trabalhador/a. Sendo assim, é de suma importância obter estratégias voltadas para o/a cuidador/a, e a preocupação que este/a também seja assistido/a em sua totalidade. Autores retratam que isso ocorre devido à dupla jornada de trabalho, turnos de trabalho desgastantes e a intensidade laboral são agravantes para o desenvolvimento de transtornos mentais, evidenciando-se a depressão, pois não há tempo para descanso físico e mental, elevando assim, o nível de fatores estressores e psicossomáticos (MARZIALE, 2014; CARVALHO, *et al.,* 2010).

A partir dessas reflexões, Umann (2011) destaca que as exigências cognitivas e a carência de financeiro e humano são fatores geradores de estresse entre os/as profissionais de saúde, pois o processo saúde-doença e morte acarretam danos biopsicossociais. Ressalta ainda que problemas nas dimensões técnicas, institucional e interpessoal tornam a jornada de trabalho mais pesada e propensa a riscos. Ressaltam-se, ainda, que a exposição constante do profissional com o sofrimento leva-o a mecanismos de defesa, possibilitando meios conscientes e inconscientes para lidar com o processo de dor e angústia, porém acredita que falhas nesse mecanismo geram danos psicológicos e físicos ao/à cuidador/a, levando assim ao esgotamento e ao adoecimento (DEJOURS, 1992; SANCINETTI, 2009; ABREU *et al.,* 2014).

Além de todos os fatores citados acima, ainda existe outro ponto preocupante que é a relação conflitante entre a própria equipe de enfermagem e as demais classes profissionais, que pode desencadear fatores estressantes, além da sobrecarga de trabalho e sucessivamente o desenvolvimento da Síndrome de Bournout. Essa síndrome é definida por Galindo *et al.,* (2010) como um transtorno caracterizado por resposta ao estresse gerado dentro do ambiente de trabalho, ocasionado por estratégias ineficazes, considerando-se que a divisão técnica e social reforça a subdivisão entre os/as profissionais e categorias, gerando indícios causadores de assédios morais, elevando os indicadores de sofrimento mental entre a categoria.

A Síndrome de Bournout é caracterizada como multifatorial, associando-se à falta de dimensionamento pessoal, excesso de trabalho, cargas de trabalho extenuante, desvalorização profissional, conflitos dentro da própria equipe, fatores estes que levam à exaustão. No entanto, essa síndrome tem grande influência na saúde física e mental, que pode desencadear alterações cardiovasculares, fadiga crônica, cefaleias, enxaqueca, úlcera péptica, insônia, dores musculares ou articulares, ansiedade, depressão, irritabilidade, afetando também a vida pessoal, social e profissional, desencadeando prejuízos psicossociais levando ao absenteísmo (GIL-MONTE, 2002; RUIZ e RIOS, 2004; OLIVEIRA *et al*., 2006; HALL, 2010; GALINDO *et al.,* 2010).

Impende salientar que os fatores psicológicos que levam ao absenteísmo são multifatoriais e psicossomáticos, salientando-se o desgaste das longas jornadas de trabalho, falta de insumos básicos para prestar atendimento adequado e também a subversão entre a própria equipe, além de enfrentar condutas negativas com relação aos/às usuários/as e/

ou clientes. Dessa forma, apesar de ser um tema muito abordado dentro das unidades, ainda existem muitas falhas no que diz respeito às estratégias preventivas para a saúde do/a trabalhador/a.

5.2 Categorização 2 - Fatores biológicos

Um estudo realizado em um hospital brasileiro no ano de 2006, por Giomo *et al.* identificou taxa de absenteísmo de 5,6% entre enfermeiros/as e 9,7% entre técnicos/as de enfermagem por doenças de cunho biológico. Martinato *et al.* (2010) salientam a ideia de Chiavenato (2004), numa perspectiva de que o absenteísmo geralmente é justificado por motivos de doenças. Essas patologias são a maioria de cunho mental, seguidas por agravos do aparelho respiratório, reprodutor, geniturinário, osteomuscular, acidentes de trabalho, entre outras patologias, apresentando-se pelas condições de trabalho, sobrecarga, falta de insumos humanos, ausência de materiais básicos para assistência, pois estes/as profissionais estão expostos a riscos como os físicos, biológicos, ergonômicos, psicológicos e de acidentes no trabalho. Compreende-se então que há um grande número de patologias que afetam esses/as profissionais em decorrência dos riscos que estão expostos no desenvolver de suas atividades dentro do ambiente hospitalar.

A equipe de enfermagem representa a categoria em maior número dentro do ambiente hospitalar, representando uma importante força de trabalho. Com isso, Martinato (2010) salienta que o absenteísmo dentre essa classe profissional pode acarretar um atendimento desorganizado, gerando mais agravos e grandes prejuízos para a instituição e também para o paciente, considerando esses/as profissionais essenciais no processo do cuidar e da melhora clínica.

O autor supracitado reafirma ainda que o absenteísmo em enfermagem está diretamente relacionado com a própria organização do ambiente de trabalho, ressaltando que as doenças que acometem esses/as profissionais são, em sua grande maioria, crônicas, com alto grau de recidiva; estas que geram mudanças na rotina e no planejamento de trabalho, acarretando percas e disfunções físicas. Conjugada a essa perspectiva percebe-se que o absenteísmo por doença está inserido na profissão de enfermagem. Vale ressaltar que um hospital sem a equipe de enfermagem não consegue exercer suas atividades de forma efetiva, pois são esses/as profissionais que representam a maior categoria na unidade. Compreende-se, então, que a ausência destes/as causa um desequilíbrio na estrutura funcional.

Abreu *et al.* (2014) ressaltam que o absenteísmo por doenças osteomusculares tem grande ligação com as inadequações e características físicas do ambiente de trabalho, com má postura ergonômica, com o excesso de carga e força para realizar as atividades rotineiras, gerando assim desgaste físico. Um estudo realizado na área hospitalar de ensino, em Cuiabá, no ano de 2010, evidenciou-se que o/a trabalhador/a de enfermagem descuida-se de si, priorizando sempre o cuidado aos/às outros/as (SILVA *et al.,* 2013).

Nesse contexto, o que levam a refletir é que são diversos fatores que levam ao absenteísmo, porém, as inadequações estruturais e de insumos elevam significativamente o desgaste físico desses/as profissionais, pois desempenham, na maioria das vezes, suas funções com precariedade dentro das unidades.

Nessa perspectiva, Ferreira *et al.* (2011) abordam que as causas do absenteísmo estão interligados, apontando como causas principais o transporte e movimentação de pacientes e constantes horas em pé, desenvolvendo suas funções: está intimamente ligada ao absenteísmo por fatores biológicos. Como afirma Mininel (2013), as sobrecargas de trabalho agregam circunstâncias negativas ao profissional e ao cuidado desempenhado ao paciente, sobrecarregando suas funções e sucessivamente a equipe pelo absenteísmo.

Por sua vez, vale ressaltar que dentre a diversidade de patologias que acometem os/as profissionais da enfermagem a maioria é de cunho crônico, o que evidencia a recorrência de afastamentos, pois no que tange à saúde do/a trabalhador/a, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas, sendo de extrema importância estratégias voltadas para a educação continuada.

5.3 Categorização 3 - Fatores Sociais

Segundo Thomas e Kellgren (2017) e Furlan *et al.* (2018), os/as profissionais de enfermagem passam horas ou até mesmo o dia todo na instituição de saúde, para no final do mês receber sua remuneração, o que certifica, dessa forma, uma troca entre direitos trabalhistas, compromisso do/a funcionário/a e responsabilidades da instituição. A remuneração deve ser conveniente e justa para suas atividades serem realizadas de forma satisfatória e trazendo uma boa qualidade assistencial. Quando essa remuneração não ocorre de forma adequada para seus/suas colaboradores/as poderá causar insatisfação e susceptivelmente o/a colaborador/a pode não manter a efetividade do seu trabalho, assim, trazendo uma qualidade de assistência ineficaz.

Thomas e Kellgren (2017) ressaltam que a remuneração não se dá exclusivamente pelo pagamento do salário. Além disso, é composto pelos benefícios sociais, como férias, décimo terceiro salário, aposentadoria, vale transporte, vale alimentação e gratificações. Esses são meios indispensáveis para manter a satisfação e a eficácia no trabalho.

Como confirma Herdmane e Kamitsuru (2014), os/as profissionais de enfermagem, para efetuar suas atividades, têm que ter um ambiente de trabalho favorável, com um dimensionamento de equipe adequado e com condições físicas adequadas. Ainda, é importante contar com insumos suficientes e funcionantes para que não haja comprometimento de suas atividades.

O/A profissional de enfermagem lida com um ambiente arriscado e insalubre, e, por muitas vezes, se encontra em condições desfavoráveis de atuação. Esses/as colaboradores/as buscam meios para tranquilizar suas angústias e problemas. Esse é um dos motivos que podem transformá-los/as em colaboradores/as frios/as e desinteressados/as no ambiente

de trabalho; posteriormente, se ausentam das suas atividades cotidianas por meio de licenças e atestados médicos ou faltas injustificadas, que prejudicam sua equipe como um todo, trazendo a sobrecarga a outros/as profissionais (ANDRADE *et al.,* 2014).

Andrade *et al.* (2014) ressalta ainda que, além das condições que estes/as colaboradores/as estão expostas em seu trabalho, agregam-se às dificuldades socioeconômicas encaradas pelos/as profissionais de enfermagem em nosso país, por receberem baixos salários, o que os/as obriga a realizar dupla jornada de trabalho para suprir a necessidade pessoal e/ou familiar e conquistar seus objetivos. No entanto, esses/as profissionais que possuem mais de um emprego estão expostos/as a um desgaste físico e emocional maior do que aqueles/as que optam por um único emprego. Ainda de acordo com Silva (2008), a sobrecarga de trabalho dos/as profissionais de enfermagem gera sequelas em sua saúde, como distúrbios do sono, problemas alimentares e prejuízo da vida social.

No entanto os fatores sociais há uma fragilidade e poucos artigos sobre a temática, o que dificultou uma maior abordagem e sustentabilidade científica. Portanto sugere-se pesquisas posteriores voltadas a esse tema para assim elucidar de forma clara quais os fatores que interferem ao absenteísmo nessa classe profissional que representa a maior força de trabalho na área da saúde e tão importante na arte do cuidar.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais causas do absenteísmo pelos/as profissionais de enfermagem são multifatoriais, envolvendo os aspectos psicológicos, biológicos e sociais. Os/as profissionais mais acometidos/as são as mulheres, por representarem a maior força de trabalho na enfermagem. As patologias identificadas no presente estudo que se associaram ao absenteísmo foram: doenças mentais, Síndrome de Burnout, do aparelho respiratório, reprodutor, geniturinário, osteomuscular e acidentes de trabalho. No entanto, a falta de dimensionamento profissional, sobrecarga de atividades, más condições de trabalho e baixos salários são alguns fatores que podem contribuir para o absenteísmo. Fatores esses que geram desgastes no desempenho profissional e, consequentemente, o cuidado não pode ser executado com qualidade.

É de extrema necessidade a elaboração de estratégias eficazes dentro do ambiente de trabalho, proporcionando um local com melhor qualidade laboral, visando estratégias preventivas à saúde do/a trabalhador/a, onde o/a cuidador/a também será cuidado. Nesse contexto, percebe-se que as causas do absenteísmo não podem ser atribuídas exclusivamente ao/à trabalhador/a e sim a uma sucessão de fatores que, juntos, levam ao desgaste físico e mental. Sendo assim, sugere-se que sejam implantados programas de educação continuada voltados para a saúde do/a profissional, evidenciando os principais riscos de forma que se trabalhe em um mecanismo de prevenção.

REFERÊNCIAS

ABREU, D.M.R.; GONÇALVES, A.D.M.R.; SIMÕES, A.L.A. Motivos atribuídos por profissionais de uma unidade de terapia intensiva para ausência ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Mai.-jun. v. 67, n. 3. p. 386-93, 2014.

ABREU, R.M.A., SIMÕES, A.L.A. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **CiênCuid Saúde**. 2009; 8(4):637-44.

ABREU, R.M.D.; SIMÕES, A.L.A. Ausência por adoecimento na equipe e enfermagem de um hospital ensino. **Cienc. Cuid. Saúde**. Out./dez. v. 8, n. 4, p. 637-644, 2009.

ANDRADE, L.Z.C.; SILVA, V.M.; LOPES, M.V.O.; CHAVES, D.B.R.; TÁVORA, R.C.O. Desobstrução ineficaz vias aéreas: prevalência e espectro de seus indicadores clínicos. **Acta paul. Enferm.** v. 27, n. 4, p. 319-25, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-0194201400054.

BENTO, A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JÁ** (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), n. 65, anos VII (p. 42-44), 2012.

BREY, C. *et al.* O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Curitiba, v. 7, p. 1-10, 2017.

CARNEIRO, T.M.; FAGUNDES, N.C. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan./mar. v. 20, n. 1, p. 84-9, 2012.

CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S.R. Quem cuida do cuida(dor): Principais fatores que interferem na saúde dos profissionais de enfermagem: uma visão biopsicossocial. **J. REs. Funda Care On**. jul./set. v. 5, n. 3, p. 122-131, 2013.

CARVALHO, L.S.F.; MATOS, R.C.S.; SOUZA, N.V.D.O.; FERREIRA, R.E.D.S. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **CiêncCuid Saúde**. v. 9, n. 1, p. 60-6, 2010.

CARVALHO, P. D. *et al.* Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, Rio Grande, v. 22, n. 1, p. 01-11, 2017.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 8. ed. São Paulo: Atlas; 2004.

COELHO, M. A. *et al.* Absenteísmo da equipe de enfermagem das unidades clínicas de um hospital universitário da região centro-oeste do Brasil. **Revista Uruguaya de Enfermería**, Montevideo, maio. v. 11, n. 1, 2016.

Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº. 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 2017. [acesso em 19 jun. 2019].

Conselho Federal de Enfermagem (Brasil) - COFEN. Site: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/. Acesso em 21.06.2019.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola os da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília. Jan.-fev. v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho:** estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; 1992.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio Escolar do Século XXI:** o minidicionário da língua portuguesa. 5ª ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2014.

FERREIRA, E.V. *et al.* Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco. **Rev. Rene**. Fortaleza, out/dez. v. 12, n. 4, p. 742-9, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index .php/revista/article/view/292.

FERREIRA, R.C. *et al*. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, n. 2, p. 259-68, 2012.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 37, n. 4, p. 109-17, 2003.

FURLAN, J.A.S.; STANCATO, K.; CAMPOS, C.J.G.; SILVA, E.M. O profissional de enfermagem e sua percepção sobre absenteísmo. **Rev. Eletr. Enf**. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v20.46321.

GALINDO RH et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do recife. **RevEscEnferm** USP, 2012;46(2):420-7.

GIL-MONTE, P.R. El síndrome de quemarse por eltrabajo (síndrome de burnout) em profesionales de enfermería. **Rev. Eletr. Inter Ação Psy.** [Internet]. 2002 [citado 2010 nov. 13];1(1):19- 33. Disponível em: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/ artigo3.pdf

GIOMO, D.B.; FREITAS, F.C,; ALVES, L.A,; ROBAZZI, M.L. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Ver Enferm UERJ**. v. 17, n. 1, p. 24-9. 9, 2009.

HALL, E. **Nurse burnout in a high stress health care environment: prognosis better than expected?** Junho, 2010. Disponível em: http://eprints.otago.ac.nz/278/1/ Hall_working_paper2.pdf.

HERDMAN, T.H,; KAMITSURU, S. N. **International Nursing Diagnoses**: Definitions & Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell, 2014.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M.; SILVA, D.M.P.P.; UCHIMURA, T.T.; MATHIAS, T.A.F. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras Enferm**. 2008.

LAUS, A.M,; ANSELMI, M.L. Absences of nursing workers at a teaching hospital. **Rev. Esc. Enferm USP** v. 42, n. 4, p.; 681-689, 2008. Disponível em: http:// www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a09.pdf

LEE, J.B.; ERICKSEN, L.R. Effects of a policy change on three types of absence. **J. Nurs Adm**. v. 20, n. 7/8, p. 37-40.

MAGALHÃES, N.A.C. *et al.* O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev., enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr./jun. v. 19, n. 2, p. 224-30, 2011.

MANTOVANI, M. V. *et al*. Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. **Revista mineira de enfermagem**, jul./set. v. 19, n. 03, p. 641-646, 2015.

MARQUES, O. D. *et al.* O absenteísmo- doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Goiânia, set./out. v. 68, n. 5, p. 876-872, 2015.

MARTINATO, B.N.C.M.; SEVERO, F.D.; MARCHAND, E.A.A.; SIQUEIRA, H.C.H. Absenteísmo na enfermagem: Uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, mar. v. 31, n.1, p.160-166, 2010.

MARZIALE, P.H.M. *et al*. Consequências da exposição ocupacional a material biológico entre trabalhadores de um hospital universitário. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem** v. 18, n. 1, jan-mar, 2014.

MININEL, V.A.; BAPTISTA, P.C.P.; FELLI, V.E.A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am**. Enfermagem. v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/ pdf/rlae/v19n2/pt_16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Perfil da enfermagem no Brasil**, 2015. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil. Acesso em: 21 jun. 2019.

OLIVEIRA, P.R.; TRISTÃO, R.M.; NEIVA, E.R. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI Neonatal. **Educ Profis Ciênc Tecnol**. v. 1, n. 1, p. 27-37, 2006.

RUIZ, C.O.; RIOS, F.L. EL burnout o síndrome de estar quemado em los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. **Int. J Health Psychol**. v. 4, n. 1, p. 137-60, 2004.

SANCINETTI, T.R.; GAIDZINSKI, R.R.; FELLI, V.E.A.; FUGULIN, F.M.T.; BAPTISTA, P.C.P.; CIAMPONE, M.H.T *et al*. Absenteísmo – doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev. Esc. Enferm USP**. v. 43 (esp. 2), p. 1277-83, 2009.

SCHMOELLER, R., et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho e condições de trabalho de enfermagem: revisão narrativa. **Rev gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2011, jun.; 32(2):368-77

SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev Brás Enferm**. v. 60, n. 3, p. 257-62, 2007.

SILVA, S.M.; BAPTISTA, P.C.P.; FELLI, V.E.A.; MARTINS, A.C.; SARQUIS, L.M.M.; MININEL. V.A. Intervention strategies for the health of university hospital nursing staff in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 1, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100003.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, Supl., p. 166-172, 2008.

Sulzbacher M, Reck AV, Stumm EMF, Hildebrandt LM. O enfermeiro em unidade de tratamento intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. **Sci. Med.** 2009.

THOMAS, C.M.; KELLGREN, M. Benner's Novice to Expert Model: An Application for Simulation Facilitators. **Nurs Sci Q**. v. 30, n. 3, p. 227-234, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0894318417708410.

UMANN, J. *et al*. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Cien ccuid Saúde,** Santa Maria, jan./mar. v. 10, n.1, p.184-190,. 2011.

CAPÍTULO 4

LA REALIDAD DEL PROFESOR UNIVERSITARIO ANTE LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 11/09/2021

Erika Mayte Del Ángel Salazar
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana
Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0002-6660-1939

Anayeli Nájera Capitanachi
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana
Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0002-6734-6132

Brenda Miranda Sánchez Sánchez
Estudiante de la Licenciatura de Enfermería en la Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana
Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0002-0708-9787

Nazaria Martínez Díaz
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana
Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0002-6705-0171

Mireya Cruz Ruíz
Facultad de Psicología Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana
Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0003-2977-7801

David Zepeta Hernández
Facultad de Enfermería Región Poza Rica - Tuxpan de la Universidad Veracruzana
Veracruz, México
https://orcid.org/0000-0001-8167-977X

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: el síndrome de burnout es una de las principales causas de incapacidades laborales y como problemas que deterioran el rendimiento profesional, provocando diversas enfermedades asociadas a los trabajadores, con comportamientos negativos hacia la organización, de tal forma que el deterioro de las actitudes y conductas laborales repercute directamente sobre la declinación de los servicios prestados. **OBJETIVO:** identificar el síndrome de burnout en profesores universitarios. **MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio cuantitativo, descriptivo y transversal aplicado a 207 profesores pertenecientes a 14 Facultades de una universidad pública mexicana. Se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) con una consistencia interna de .75 a .90 y la fiabilidad test-retest con rango de entre .60 y .80. Mide: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal baja. **RESULTADOS:** 64% de docentes presentaron CE de medio a alto, 57 % de medio a alto de DP y el 62 % de medio a alto nivel de RPB. **CONCLUSIONES:** se identificó el síndrome de burnout en poco menos de la mitad de los profesores universitarios en su mayoría fueron del sexo femenino, en edades comprendidas de 31 a 40 años y con un tipo de contratación de interinos por plaza. Es importante recomendar a las autoridades universitarias la realización de este tipo de estudios, debido a que los factores psicosociales negativos como el síndrome de burnout cobran especial importancia dado que la academia representa un factor predisponente de primera mano.

PALABRAS CLAVE*:* Burnout, Profesores, Trabajo.

A REALIDADE DO PROFESSOR UNIVERSITÁRIO NA PRESENÇA DA SÍNDROME DE BURNOUT

RESUMO: INTRODUÇÃO: a síndrome de burnout é uma das principais causas de incapacidades laborais e como problemas que deterioram o desempenho profissional, ocasionando diversas doenças associadas aos trabalhadores, com comportamentos negativos para a organização, de forma que a deterioração de atitudes e comportamentos laborais têm um impacto direto na redução dos serviços prestados. **OBJETIVO:** identificar a síndrome de burnout em professores universitários. **MATERIAL E MÉTODOS:** estudo quantitativo, descritivo e transversal aplicado a 207 professores pertencentes a 14 faculdades de uma universidade *pública mexicana. O instrumento* Maslach Burnout Inventory (MBI) foi aplicado com consistência interna de 0,75 a 0,90 e confiabilidade teste-reteste com variação entre 0,60 e 0,80. Medidas: fadiga emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. **RESULTADOS:** 64% dos professores apresentaram CE medió a alto, 57% DP médio a alto e 62% RPB médio a alto**. CONCLUSÕES:** a síndrome de burnout foi identificada em pouco menos da metade dos professores universitários, a maioria do sexo feminino, com idade entre 31 e 40 anos e com modalidade de contratação de estágio por cargo. É importante recomendar *às* autoridades universitárias a realização desse tipo de estudo, pois fatores psicossociais negativos, como a síndrome de burnout, são especialmente importantes, visto que a academia representa um fator predisponente de primeira mão.
PALAVRAS-CHAVE: Burnout, Professores, Trabalho.

THE REALITY OF THE UNIVERSITY PROFESSOR IN THE PRESENCE OF BURNOUT SÍNDROME

ABSTRACT: INTRODUCTION: the burnout syndrome is one of the main causes of work disabilities and as problems that deteriorate professional performance, causing various diseases associated with workers, with negative behaviors towards the organization, in such a way that the deterioration of attitudes and work behaviors have a direct impact on the decline in the services provided. **OBJECTIVE:** to identify the burnout syndrome in university professors. **MATERIAL AND METHODS:** quantitative, descriptive and cross-sectional study applied to 207 professors belonging to 14 Faculties of a Mexican public university. The Maslach Burnout Inventory (MBI) instrument was applied with an internal consistency of .75 to .90 and test-retest reliability with a range between .60 and .80. Measures: Emotional fatigue, depersonalization and low personal fulfillment. **RESULTS:** 64% of teachers presented CE of medium to high, 57% of medium to high of PD and 62% of medium to high level of RPB. **CONCLUSIONS:** the burnout syndrome was identified in just under half of the university professors, the majority were female, aged between 31 and 40 years and with a type of internship hiring per position. It is important to recommend university authorities to carry out this type of study, because negative psychosocial factors such as burnout syndrome are especially important given that academia represents a first-hand predisposing factor.
KEYWORDS: Burnout, Teachers, Work.

1 I INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es una de las principales causas de incapacidades laborales y como problemas que deterioran el rendimiento profesional, provocando diversas enfermedades asociadas a los trabajadores, con comportamientos negativos hacia la organización, de tal forma que el deterioro de las actitudes y conductas laborales repercute directamente sobre la declinación de los servicios prestados. De acuerdo a González (2015) es una respuesta mediada por el estrés crónico en el trabajo relacionado con sus exigencias como el horario de trabajo, la responsabilidad y las condiciones laborales, etc. Se considera un síndrome tridimensional ya que se compone por Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y baja Realización Personal (RP).

El desarrollo del constructo del burnout está asociado a los trabajos de Maslach, quien en palabras de Cárdenas (2014) es quien ha convertido el burnout en un paradigma de investigación. Acorde a Vega (s.f.) el cansancio emocional es una respuesta de los trabajadores al sentir que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, debido al contacto continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo en unas condiciones no ajustadas al trabajador.

La despersonalización se explica por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo por parte del trabajador hacia las personas objeto del trabajo, produciéndose un endurecimiento afectivo y sus conductas son vistos por los usuarios de manera deshumanizada. Por baja realización personal en el trabajo se entiende una tendencia de los profesionales expuestos a unas condiciones de riesgo a evaluarse negativamente, lo que afecta notablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden, los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales.

En relación a lo anterior, queda claro que este síndrome es una consecuencia al estrés crónico laboral, que se presenta cuando la persona no puede manejar asertivamente las demandas, tanto intrínsecas como extrínsecas, de su ambiente de trabajo, sobre todo las de índole emocional. Y ante esta falta de recursos personales, la persona reacciona con una despersonalización y una baja autorrealización.

En la docencia universitaria la falta de realización personal y la desorganización en el trabajo, pueden estar asociada con la disminución del desempeño docente (Oramas, 2007), de acuerdo a Cárdenas (2014) las exigencias cada vez mayores para los docentes de las universidades públicas y los sueldos en ocasiones insuficientes, los llevan a realizar otras actividades para incrementar su ingreso; afectando todo ello su actuación en el aula. Estas exigencias pueden convertirse en estresores para los profesores, generando el síndrome de burnout. De acuerdo a este mismo autor, el burnout se puede presentar en colectivo ya que tiene propiedades de contagio, lo que fundamenta su estudio en colectivos humanos.

Se sabe que las condiciones de trabajo tienen una influencia significativa sobre la salud en el trabajador impactando sobre la calidad del servicio que ofrecen a las personas, incluso diversos estudios han descrito una serie de consecuencias como la alta accidentalidad, la morbilidad y el ausentismo de los trabajadores relacionadas directamente a las condiciones de trabajo. Aunado a esto, ciertas actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios y hacia el servicio que ofrecen se asocian a los riesgos de su ambiente laboral. Al tratar de explicar los antecedentes del síndrome de burnout resalta evidente para algunos autores como Golembiewski (1983), Leiter (1988), Edelwich y Brocisky (1980), Price y Murphy (1984), de Cherniss (1980), Cordes y Dougherty (1993), que la teoría organizacional es la que más se asocia a este síndrome, ya que evidencian que los estresores relacionados al entorno de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse, son los principales detonadores. Y de esta manera se convierte en una respuesta a las fuentes de estrés crónico originadas en la relación profesional-cliente y en la relación profesional-organización.

De acuerdo a Forbes (2011) la naturaleza de este síndrome a nivel psicosocial, genera deterioro en las relaciones interpersonales, depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración, incluso puede ocasionar daños físicos como insomnio, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, migrañas, problemas de sueño, desórdenes gastrointestinales, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o incluso daños a nivel cerebral, entre otros.

El mismo autor señala que para atender este problema el factor más relevante es la capacitación y comprensión de este, como segundo paso esta la revisión constante de los objetivos laborales, realistas y alcanzables por el personal, implantar mecanismos de contratación que promuevan la seguridad laboral, establecer en la medida de lo posible mecanismos para medir el sentimiento de equidad laboral, por ejemplo, con estudios de clima organizacional. Y a nivel personal, promover y fortalecer el espíritu de equipo, de cooperación, de valores y vínculos sociales entre los colaboradores que lleven a un mejor ambiente de trabajo.

Para Saiiari, Moslehi y Valizadeh (2011) la inteligencia emocional, que se entiende como la capacidad de comprender las emociones de los demás y también para controlar y restringir a su auto y otros en un estado de ánimo compatibles, las habilidades sociales, que son aquellos promotores de la vida social que ayudan a los individuos tengan una mutua efectiva la interacción con los demás (MALOFF, et al., 1998) así como la capacidad de reconocimiento (Lyusin, 2006) son competencias que, unidas podrían disminuir la cantidad de vulnerabilidad de los maestros contra el síndrome de burnout, es decir, que aquellos profesores que disfrutan de una mayor inteligencia emocional están en una mejor situación en cuanto a su acceso a la información válida y actitud de afrontar y soportar elementos estresantes (CHAN, 2006).

Moriana & Herruzo en el 2004 señalan que se apunta a la población docente como

a los más afectados por este síndrome, aparte de enfermeras, trabajadores sociales, médicos. Arquero & Donoso, 2013 han evidenciado altos niveles de burnout en profesores investigadores y la intención de abandono laboral, ya que es común entre esta población que surja cierta discrepancia entre los ideales individuales del profesor que pretende trascender a través de dar una buena formación a sus alumnos y la realidad de una vida con ocupaciones diarias, con entrega de informes, avances programáticos, calificaciones, firmas de asistencia, etc. (PANDO, et al., 2006).

2 I MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada en este estudio fue cuantitativa, descriptiva y transversal. Se contó con la participación de 207 profesores pertenecientes a 14 Facultades de una universidad pública mexicana, como criterios de inclusión se consideró que fuesen profesores de tiempo completo, con más de 2 años de antigüedad laboral frente a grupo. El instrumento utilizado fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual es el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout y que ha sido el instrumento que ha facilitado la investigación sistemática sobre la teoría. La primera publicación del cuestionario, ligeramente anterior a su comercialización, aparece en 1981. (MASLACH y JACKSON, 1981).

El rango de consistencia interna va de .75 a .90 y la fiabilidad testretest en períodos de hasta cuatro semanas tienen un rango de entre .60 y .80. (JACKSON, et al., 1986). Los coeficientes de consistencia más bajos se han encontrado en la dimensión de despersonalización, especialmente cuando se han utilizado en contextos no asistenciales (Leiter Y Maslach, 1988) y debido igualmente a que el número de ítems es menor (MORENO, et al.,1997). Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional (CD), despersonalización (DP), realización personal (RP) (Miravalles, gabinete psicológico,2003) Con respecto a las puntaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. 1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54 2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. 3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6,

8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos: 0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. (JACKSON Y LEITER ,1996).

Los resultados de cada subescala: Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

3 l RESULTADOS

Como se observa en el (cuadro I), de los 207 profesores encuestados, el 60% corresponde al sexo femenino, de las cuales el grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia es el de 31 a 41 años mientras el que menos se presentó fue el de 30 años o menos.

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
30 años o menos	19	24	15	12	39	42
31 a 40 años	24	30	11	26	53	53
41 a 50 años	23	28	35	29	58	57
51 a 60 años	22	27	31	9	30	33
60 años y más	12	15	8	7	20	22

Cuadro I: Grupo de edad por sexo de los profesores encuestados.

En relación con el tipo de contratación, el 46% de los profesores son interinos por plaza, el 23% son profesores de tiempo completo, 18% interinos por obra determinada y el 13% son interinos por persona, como se observa en el (cuadro II).

Tipo de contratación	Frecuencia	Porcentaje
PTC	48	23
IPPL	95	46
IPP	27	13
IOD	37	18
TOTAL	207	100

Cuadro II: Tipo de contratación de los profesores encuestados.

En cuanto a la variable de estudio, tal como se observa en el (cuadro III), el cansancio emocional se presentó de medio a alto en un 64%, la despersonalización en un 57% de media a alta y la baja realización personal baja en un 67%. De acuerdo a los resultados obtenidos por dimensión, encontraron medios niveles en cansancio emocional y despersonalización y bajo nivel en realización personal baja, presentándose así el síndrome de burnout en los profesores universitarios.

Dimensiones	Alto		Medio		Bajo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CE	57	28	75	36	75	36
DP	49	24	69	33	89	43
BRP	27	13	41	20	139	67

Cuadro III: Dimensiones el síndrome burnout en los profesores encuestados.

4 I DISCUSIÓN

Como podemos observar, de los 207 profesores encuestados, el 60% corresponde al sexo femenino, de las cuales el grupo de edad que se presenta con mayor frecuencia es el de 31 a 40 años mientras el que menos se presentó fue el de 30 años o menos, similar al de Correa – Correa en el 2012 en su estudio sobre el Síndrome de burnout en profesores universitarios de los sectores público y privado, en el que el 52% fueron mujeres, con una media de 35 años. El 76%) con pareja habitual y el 96% con estudios de posgrado. Con una experiencia laboral de 10 a 19 años (55%) que, además, lleva de 10 a 20 años en la institución y en el mismo cargo (61%) y que trabajan entre 41-49 horas/semana (73%). El 100% de los participantes dedica más de mitad de su jornada de trabajo a interactuar con los alumnos.

En relación a la variable de estudio, en sus tres dimensiones, el cansancio emocional se presentó medio a alto en un 64%, la despersonalización en un 57% de media a alta y la baja realización personal baja en un 67%, muy por encima de lo reportado por Correa-Correa donde la mayoría de los profesores encuestados presentaron niveles bajos en las

tres dimensiones, argumentando que se encuentran a gusto con sus tareas. En un estudio realizado por Del Angel, Santes, Aldrete, Lavoignet y Meléndez en 2009 "Análisis sobre burnout y autoestima en académicos de una universidad pública" de 204 encuestados, el 73% presentó el síndrome, considerando más de una dimensión quemada, similar al presenté estudio, donde el 63% de los profesores presentaron el síndrome de burnout.

5 I CONCLUSIONES

Acorde a los resultados obtenidos en la presente investigación, se identificó el síndrome de burnout en poco menos de la mitad de los profesores universitarios en su mayoría fueron del sexo femenino, en edades comprendidas de 31 a 40 años y con un tipo de contratación de interinos por plaza.

Es importante recomendar a las autoridades universitarias la realización de este tipo de estudios, debido a que los factores psicosociales negativos como el síndrome de burnout cobran especial importancia dado que la academia representa un factor predisponente de primera mano, dado que el sentido de autoeficacia, el estrés generado por la docencia, la gestión y las demás actividades sustantivas que las universidades exigen a sus profesores, pueden convertirlos en dianas para este tipo de problemas, que afectan directamente la salud mental y no solo física del individuo.

Favorecer el desarrollo de los profesores, de acuerdo a diversos autores, ya que en sus estudios señalan que una alta autoeficacia favorece el estado físico, reduce el estrés y las tendencias emocionales negativas corrigiendo las falsas interpretaciones de los estados orgánicos. Se ha demostrado que el mayor éxito académico pasado y la mayor auto-eficacia, predicen positivamente la salud de los profesores, y su bienestar físico y mental, sin embargo, la presencia de creencias de ineficacia se auto-retroalimenta y predice, a la postre, la aparición del síndrome de burnout.

REFERENCIAS

ABDULAMIR, S., et al. **Relationship between emotional intelligence and burnout syndrome in sport teachers of secondary schools.** Procedia - Social and Behavioral Sciences. v. 15, Pág 1786-179, 2011. Disponible en http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811005490.

CÁRDENAS, M., et al. **Evaluación de desempeño docente estrés y Burnout en profesores Universitarios** [serie en internet]. 2014. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/38893/3/articulo10.pdf.

CORREA-CORREA, Z. **Síndrome de burnout en profesores universitarios de los sectores público y privado.** Buenos Aires Salud. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Epidemiología y salud 1(2):19-24, septiembre. 2012.

DEL ANGEL, E.M., et al. **Análisis sobre Burnout y Autoestima en Académicos de una Universidad Pública.**; 17(10):435-439. 2009 noviembre-diciembre.

FIDALGO, V. M. **NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.** (s.f.). Ministerio de Trabajo y asuntos sociales España. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf.

FORBES, Á., R. **El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa.** CEGESTI. Ëxito Empresarial. No. 160. 2011. Disponible en http://datateca.unad.edu.co/contenidos/101007/Sindrome_de_Burnout_- _sintomas_causas_y_medidas_de_atencion_en_la_empresa.pdf

GONZÁLEZ, G. **Síndrome de Burnout en docentes universitarios.** Revista Cubana De Enfermería, 31(4). 2015.

MORIANA, E., et al. **Estrés y Burnout en Profesores.** International Journal of Clinical and Health Psichology, 4(003), 597-621. 2004.

ORAMAS, V., A., et al. **Estrés laboral y síndrome de Burnout en docentes Venezolanos**. Rev. Salud de los trabajadores; 15 (2):71-88. 2007.

PANDO, M., et al. **Factores Psicosociales y Burnout en Docentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.** Mediagraphic Artemisa en línea. 8(3), 173-177. 2006.

CAPÍTULO 5

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO IDOSO POR INTERMÉDIO DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2021

Bruna Felipe Oliveira
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
http://lattes.cnpq.br/4851301779887057

Gleisiane Silva Anselmo
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/2855438511073743

Rodrigo Marques da Silva
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/6469518473430107

Leila Batista Ribeiro
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/6643277716864528

RESUMO: Objetivo: Analisar a produção cientifica sobre Assistência Humanizada ao Idoso por Intermédio da Enfermagem.**Método:** trata-se de uma revisão bibliográfica cujos dados foram coletados entre março e outubro de 2021 na Scientific Eletronic Library Online, nos Manuais do Mistério da Saúde, Revistas científicas, Estatuto do Idoso e Organização Mundial da Saúde. Foram incluídos artigos publicados, em língua portuguesa (Brasil), disponíveis online e na íntegra. Foram excluídos os publicados em Inglês ou outro Idioma e que não tinha relevância com o tema. **Resultados:** encontraram-se 16 bibliografias nas bases selecionadas, onde o idoso necessita de uma atenção primordial na saúde, onde os profissionais devem qualificar seu atendimento para que ele seja humanizado desde o primeiro contato com o paciente, transparecendo confiança e liderança, assim, além de saber administrar sua profissão, ouvir e acolher o paciente. **Conclusão:** o enfermeiro é o profissional que tem o maior contato com o idoso, seja em uma consulta de rotina ou em outros serviços nos centros de saúde. Sendo assim, o acolhimento e a humanização têm importância fundamental para melhor contato do profissional com o paciente e a sua prestação de serviços ao idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Enfermagem; Centros de Saúde.

ABSTRACT: Objective: To analyze the scientific production on Humanized Care for the Elderly through Nursing.**Method:** this is a bibliographic review whose data were collected between March and October 2021 in the Scientific Electronic Library Online, in the Manuals of the Mystery of Health, Scientific Journals, Statute of the Elderly and World Health Organization. Articles published in Portuguese (Brazil) were included, available online and in full. Those published in English or another language were excluded and had no relevance to the theme. **Results:** 16 bibliographies were found in the selected databases, where the elderly need primary health care, where professionals must qualify their care so that they are humanized from the first contact with the patient, thus establishing trust and leadership, besides knowing how to manage their profession, listen and welcome the patient. **Conclusion:** the nurse is the professional who

has the greatest contact with the elderly, either in a routine consultation or in other services in health centers. Thus, welcoming and humanization are of fundamental importance for better contact of the professional with the patient and their provision of services to the elderly.
KEYWORDS: Elderly, Nursing, Health Centers.

INTRODUÇÃO

Hoje, os Centros de Saúde também são denominados como Unidade Básica de Saúde (UBS) o qual desenvolve a atenção básica aos usuários, disponibilizados consultas, exames, vacinas, e outros procedimentos dando toda assistência necessária aos mesmos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, o Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, totalizando cerca de 13% da população, entretanto, com o aumento da expectativa de vida, é esperado nas próximas décadas, um aumento gradativo da população idosa, com esse aumento, se torna ainda mais necessária a presença de melhorias que contribuam para a vitalidade de tal população (OMS, 2019).

Com o grande aumento do envelhecimento populacional é de suma importância capacitação constante de todos os profissionais que estão no sistema de saúde, sendo uma classe que necessita de uma atenção especial, pois estão em uma faixa etária que necessitam de maior atenção, onde contemplam desafios, adaptações, novidades e, por ser um grupo etário que vem crescendo cada vez mais (BRASIL, 2004; RODRIGUES, 2007).

A criação da Política de Humanização (Humaniza SUS) surgiu quando houve aumento na demanda de saúde pública, que era acompanhada pela insatisfação da qualidade dos serviços prestados. Houve então, a necessidade de criar algo que incentivasse o fortalecimento e o vínculo entre os profissionais, os usuários do serviço e a gestão, a Humaniza SUS pretende proporcionar melhorias e a valorização dos envolvidos no processo de produção de saúde, de forma que todos sejam acolhidos, respeitados e priorizados, e então haja um resultado satisfatório por parte dos usuários e profissionais da saúde (BRASIL, 2007).

Segundo Roman (1998), o cuidado da enfermagem aos pacientes idosos trata-se de uma atenção em saúde maior, é papel fundamental prestar assistência de forma humana, disponibilizando o melhor acolhimento ao idoso e ouvir suas queixas para que tenha uma melhor resolutividade do problema, sendo o profissional de enfermagem o principal responsável por promover ações de cuidado a esses pacientes.

Atendimento humanizado é o respeito à integridade física e psicológica do idoso no qual o enfermeiro está presente, é caracterizado por diálogo, escuta qualificada, que juntos irão promover uma transformação no âmbito do atendimento em saúde, onde terá melhor entendimento da situação vivenciada por ambos, facilitando então ter melhores resultados

aos cuidados prestados e uma boa adesão ao usuário (STANHOPE, 1999).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), no acolhimento à pessoa idosa os profissionais de saúde devem sempre se atentar a linguagem clara, evitando termos técnicos, estabelecer uma comunicação respeitosa e acolher bem o idoso.

Desta forma, esse estudo objetivou analisar a assistência humanizada realizada pela enfermagem ao idoso.

MÉTODO

A metodologia utilizada para elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica. Feito levantamento de toda bibliografia já publicada em forma de manuais, livros, revistas científicas, publicações avulsas. Sua finalidade é colocar o pesquisador para aprofundar nas bibliografias dos autores.

Os dados foram coletados no período de Março de 2021 á Outubro de 2021 na biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SciELO) , nos Manuais do Mistério da Saúde, Revistas científicas, Estatuto do Idoso, extraídos também dados coletados através da Organização Mundial da Saúde.

Para a busca, foram utilizados as seguintes Palavras Chave: Idoso, Enfermagem, Centros de Saúde. Além disso foram consultadas Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e Caderno de Saúde Pública.

Foram incluídos artigos publicados, em língua portuguesa (Brasil), disponíveis online e na íntegra. Foram excluídos os publicados em Inglês ou outro Idioma e que não tinha relevância com o tema.

Inicialmente, realizou-se uma leitura exploratória das bibliografias encontradas com títulos e resumos que atendiam os critérios de elegibilidade. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos e manuais previamente selecionados, sendo esses submetidos novamente aos critérios de inclusão e exclusão para a revisão.

Após a seleção das bibliografias, foi escolhido os manuais do Ministério da Saúde e Artigos que concediam resumo, introdução, metodologia, resultados encontrados e conclusão.

Após o colhimento dos dados, foi separado as bibliografias que teriam finalidades para a revisão da literatura. Já o objetivo, o método, os resultados e as conclusões de cada estudo foram avaliados por meio de análise dos manuais, artigos científicos e blogs resultando sobre a ligação do enfermeiro e o idoso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas 20 publicações, sendo 4 eliminadas pela leitura inicial dos títulos e resumos e por não ter conteúdo relacionado ao enfermeiro e ao idoso. Assim, 16 publicações foram utilizadas, sendo 8 referentes a Manuais do Ministério da Saúde.

Título	Autores	Resultados	Conclusão
Idosos indicam caminhos para uma melhor idade.	Editora Retratos	Encontram-se dados através do IBGE que a população idosa tende a aumentar e uma boa saúde é pré requisito a todos eles.	Conforme os números de idosos aumentam em todo o mundo, visa a necessidade de ofertar requisitos melhor à saúde
Política Nacional de Humanização - PNH	Ministério da Saúde	Humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado e através de toda gestão, as decisões tomadas irão interferir diretamente na atenção à saúde.	A humanização é o fato de acolher reconhecendo a necessidade de saúde de cada paciente e através da relação entre o paciente e enfermeiro ser flexibilizado, haver melhoras a atenção à saúde.
Política Nacional de Atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem	Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Cruz IR, Lange C	Encontram-se através da pesquisa problemas do idoso dentro do contexto familiar e social, onde ressaltam que a necessidade de uma formação de profissionais que possam retomar a luta dos direitos sociais e humanos do idoso.	A atenção primária à saúde é uma das estratégias disponível para ser utilizada principalmente para os idosos, onde ocorre o maior contato com toda equipe de enfermagem, ressaltando a necessidade do conhecimento aos direitos dos idosos.
Envelhecimento e saúde da pessoa idosa	Ministério da Saúde	Foi um caderno elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação a saúde da pessoa idosa, para facilitar a prática dos profissionais que trabalham nos Centros de Saúde.	Através desse material, encontram-se todos os processos e fases do envelhecimento e a importância da atuação do profissional de saúde na saúde da pessoa idosa.
Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem	Revista Cogitare Enfermagem ROMAN e FRIEDLANDER	Revisão integrativa apontando que o idoso necessita de uma atenção maior, sendo priorizado sua saúde e o acompanhamento dos profissionais dos centros de saúde.	Visto que o idoso é prioridade, o profissional de saúde tende dar melhor assistência e acolhimento aos pacientes.
Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos	STANHOPE E LANCASTER	O profissional tende a ser acolhedor ao paciente, e saber que atendimento humanizado é o respeito à integridade física e psicológica do idoso.	Tendo em vista, que, o profissional está quase sempre em contato com o idoso, priorizando todos os sentidos do paciente.
Política Nacional de Saúde da Pessoa	Ministério da Saúde	Asseguram-se todos os direitos sociais do idoso, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde com todos os princípios e diretrizes do SUS.	Estabelecem maneiras de interação e participação social pelos idosos, visando participação integrativa do SUS.

Lei N° 8.842. Brasília 4 de Janeiro de 1994	Ministério da Saúde	Lei que dispõe sobre a política nacional do idoso, onde considera-se idoso pessoas maiores de 60 anos de idade, criado o Conselho Nacional do Idoso	A pessoa idosa promove-se autonomia, integração e participação efetiva da sociedade assegurada por lei que visa assegurar todos os direitos sociais do idoso
Portaria n° 2.528 de 19 de Outubro de 2006	Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelecendo diretrizes para melhor qualidade de vida pessoal e social da pessoa idosa.	Conclui-se após a aprovação a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa as diretrizes cuja para promoção para um envelhecimento saudável e ativo
Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS	Ministério da Saúde	Apresentam-se finalidades para fortalecer iniciativas de humanização existentes e democratizar as relações de trabalho e valorizar os trabalhadores de saúde.	Incentivam-se as praticas cotidianas de atenção e gestão, onde qualifica a saúde pública no Brasil, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Ministério da Saúde	Apresentam-se toda a rede de atenção básica, funções e atribuições de todos os profissionais da saúde na atenção básica.	O enfermeiro dentre suas funções, também exerce o cargo de gestor, onde atua na coordenação de equipes de trabalho.
Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	Ministério da Saúde	Integra iniciativas onde qualifica a atenção ofertada a pessoa idosa, onde é construído todo um plano de cuidados do idoso e identificando as vulnerabilidades e ofertar orientação através de toda informação prestada na caderneta.	A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tornou melhor a comunicação também entre familiares, profissionais de saúde e o idoso, pois através do mesmo podendo ser coletado informações sobre a saúde do idoso com duração de cinco anos, promovendo um bom manejo na saúde da pessoa idosa.
Conheça as diferenças entre geriatria e gerontologia	Eliza de S Oliveira Borge	Amplos conceitos abordam sobre a pessoa idosa onde geriatria trata-se as doenças típicas dos idosos e a gerontologia estuda especificamente a qualidade de vida no envelhecimento.	Tendo em vista os dois conceitos, o idoso tem vastas doenças como: hipertensão arterial, diabetes, osteoporoses e assim por diante, necessitando de um acompanhamento especifico para o mesmo,e, qualificando seu envelhecimento pelos profissionais da gerontologia.

Enfermeiro Gestor: Entenda sua importância na saúde	Anne Coinman	Através da boa gestão podem-se conseguir melhorias para o hospital, proporcionar melhor qualidade para o paciente, onde o enfermeiro deve se mostrar liderança nas suas competências.	Conclui-se que pode-se tornar um hospital que atenda uma demanda de paciente com qualidade, visando promovendo menos conflitos entre as equipes de trabalho e liderando a sua equipe de trabalho.
Terceira Idade Mudanças Adequadas aos Usuários Idosos: Humanização do Atendimento na Instituição Hospitalar	QUEIRO, Z. V. & PRADO, A. R.A	O hospital no ponto de vista dos idosos é considerada uma ruptura do seu cotidiano, pois ao estar seja em permanência prolongada ou curto prazo ele deixa sua identidade, passa a necessitar do profissional de saúde e a assistência prestada seja humanizada desde o primeiro contato.	Apesar de o ambiente hospitalar ser ameaçador no ponto de vista de muitos idosos, deve-se sentir acolhedor desde o principio da entrada, pois a confiança prestada ao profissional reduzirá o medo, ansiedade, sendo prestado o melhor atendimento.
A Humanização dos Serviços e do Direito à Saúde	PUCCINI.P. T; CECÍLIO.L.C.O A	A saúde mais do que outras áreas necessita de um laço interpessoal forte e decisivo para a eficácia de qualquer ato ao paciente.	A satisfação ao usuário é cometida através do profissional, o mesmo deve procurar entender a interdependência e os limites das mudanças setoriais na área da saúde frente às concepções e valores gerais da sociedade.

Quadro 1- Caracterização da amostra de revisão quanto a título, resultados e conclusão(n=16).

A enfermagem e o contato com a terceira idade

A Enfermagem em toda sua objetividade como ciência, arte e prática social, parte do primórdio do cuidado com o ser humano. Desenvolvendo assim, a promoção de prevenções e restauração da saúde, visando sempre a integridade do indivíduo. É imprescindível que o profissional que atua na área aja de forma coerente, respeitosa e empática com seus pacientes, oferecendo a atenção necessária para que os indivíduos tenham como garantia o direito à saúde e bem-estar previstos no Art. 196 Constituição Federal de 1988.

Partindo dessa perspectiva, quando se trata da pessoa idosa os cuidados devem ser redobrados, tendo em vista a vulnerabilidade dos indivíduos, que não se restringe apenas a fragilidade física, mas psicológica e até intelectual-18% da população idosa é analfabeta, segundo estudo feito pelo IBGE em 2018. Tais ações devem assegurar pleno entendimento do paciente, conversas impessoais e excessivamente técnicas devem ser evitadas.

A Humanização como responsabilidade da enfermagem e o trabalho do profissional enfermeiro na gestão das condutas de um atendimento humanizado

A humanização na enfermagem demanda que os profissionais dediquem muita atenção, agindo com cautela, fomentando os seguintes cuidados; disponibilizar apoio, confiança e segurança para que o paciente tenha melhor aceitação ao procedimento proposto; explicar cada tratamento a ser adotado; zelar pela individualidade do paciente respeitando opiniões, raças e crenças; chamar pelo nome e escutar os idosos não importando o estado de saúde onde os mesmos se encontram; transmitir informações de forma clara e objetiva acerca do quadro clínico e resultados alcançados e esperados, levando em consideração o estado emocional do paciente.

O enfermeiro tem vastas responsabilidades dentre elas administração da assistência em todas as áreas de prestação desenvolvidas no seu local de trabalho; organização; planejamento direcionamento; avaliação dos processos de trabalhos que envolvem a assistência dada ao paciente. É também um profissional que ocupa cargo de gestor sendo o mesmo responsável por organizar a equipe no ambulatório e dividi-la para que os pacientes tenham acesso a todos os recursos básicos; instruir os técnicos de enfermagem sobre os cuidados com uso de equipamentos e medicações; fiscalizar se os atendimentos estão sendo prestados com rapidez, sem erros e se está satisfazendo o usuário; fiscalizar também se os procedimentos sanitários e de higiene estão sendo seguidos corretamente. O enfermeiro é o gestor que capacita os outros profissionais, sendo assim, é importante na realização de cuidados, proteção e prevenção aos seus pacientes. Cabe, dessa forma, ao enfermeiro não só orientar sua equipe para que tais ações sejam sempre mais humanizadas, como também agir de forma direta para que a humanização esteja presente no cotidiano hospitalar e/ou semelhantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se, portanto que o profissional enfermeiro e sua equipe têm crucial papel na saúde do idoso, pois acolhe de forma cuidadosa o paciente, garantindo sua integridade e bem-estar.

Percebe-se através de toda revisão da literatura, a importância de um atendimento humanizado, o qual assegura boas experiências aos pacientes, visto que o profissional de saúde tem suma importância na reabilitação do paciente idoso, pois, através de toda prestação de serviço de qualidade se aumenta consideravelmente as chances de um sucesso no tratamento do paciente.

Vale ressaltar que o atendimento humanizado é um direito e deve ser uma realidade diária na vida de todas as pessoas, especialmente da pessoa idosa, visto a sua fragilidade. Outrossim, é imprescindível que haja maior preparação dos funcionários da saúde para

que o cuidado humanizado seja continuamente presente. Logo, tal preparo deve ser disponibilizado pelas instituições de ensino e especialmente valorizado pelo enfermeiro.

Conclui-se, assim a necessidade de tratamento humano no cotidiano dos centros de saúde, com o intuito de assegurar uma melhor reabilitação do cidadão idoso e garantir que o objetivo principal da enfermagem seja vivenciado de forma plena, que é a arte de cuidar.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial de Saúde – **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. Ed. Revista Retratos, 2019. Disponível em: < https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html> Acesso em 07 de Março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política nacional de Humanização.** Brasília DF, 2004. Dísponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf >Acesso em 07 de Março de 2021.

RODRIGUES, P. et al. **Política Nacional de Atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. Texto e Contexto Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 536-45 2007 Brasília DF. Acesso em 07 de Março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** n. 19, 1ª edição 2007. Brasília DF 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em 07 de Março de 2021.

ROMAN e FRIEDLANDER. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enfermagem**, v.3, n.2, p.109-112 1998. Acesso em 07 de Março de 2021.

STANHOPE E LANCASTER. **Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**, 1999; 4ª ed. ISBN 972-8383-05-3. Acesso em 07 de Março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, Portaria N° 2.528. Brasília – DF 2006. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em 23 de Março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**, 1° edição, 1° reimpressão. Brasília – DF 2013. Acesso em 23 de Março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde - **cadernos de atenção básica n° 9 - envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília DF 2006. Disponível em<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf> Acesso em 07 de Março de 2021e 28 de Março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei N° 8.842. Brasília 4 de Janeiro de 1994** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm > Acesso em 28 de Março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília-DF 2006 <http//bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528 19 10 2006.html> Acesso em 28 de Março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília-DF 2009 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf> Acesso em 28 de Março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília DF 2012 < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf > Acesso em 28 de Março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática, Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3 ed. Brasília-DF 2014 < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf > Acesso em 28 de Março de 2021.

BORGES, Eliza de Oliveira. **Blog Projeto cuidar geriatria Goiânia**. Goiânia, 2018. Disponível em < https://geriatriagoiania.com.br/geriatria-goiania-conheca-as-diferencas-entre-geriatria-e-gerontologia/ > Acesso em 23 de Março de 2021.

COINMAN, Anne. **Enfermeiro Gestor: Entenda sua importância na saúde.** Hygia blog Brasil, dezembro de 2019. Disponível em: < https://blog.hygia.com.br/enfermeiro-gestor-entenda-sua-importancia-na-saude/ > Acesso em 17 de Abril de 2021.

QUEIRO, Z. V. & PRADO, A. R.A. **Terceira Idade Mudanças Adequadas aos Usuários Idosos: Humanização do Atendimento na Instituição Hospitalar** 2010. <https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/f7f7f82a-45f3-4824-8ed7-0d8de7990e39.pdf> Acesso em 07 de Março de 2021.

PUCCINI.P. T; CECÍLIO.L.C.O A. A **Humanização dos Serviços e do Direito à Saúde.** Cadernos de saúde publica, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500029&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 17 de Abril de 2021.

CAPÍTULO 6

CARACTERÍSTICAS DO ACOLHIMENTO NOTURNO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III EM MANAUS-AM

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 11/11/2021

Jesiel Lemos Brandão
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/5912028241429238

Miqueias Menezes Ruiz
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/2090437309712315

Raissa Alencar da Silveira
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/6079694697205361

Renilza Ferreira Barros
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/8011364036150897

Rocicleya Gonçalves da Silva
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/0305017262240794

Andréia Silvana Costa e Costa
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/3333177219671843

Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/6333984153134331

Silvana Nunes Figueiredo
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/1230323697077787

Leslie Bezerra Monteiro
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/581119687726540

Linda Karolinne Rodrigues Almeida
Universidade Paulista (UNIP)
Manaus-Amazonas
http://lattes.cnpq.br/1751038660964282

RESUMO: O CAPS é um instrumento de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais. Foi criado com o propósito substitutivo ao modelo asilar, para oferecer atendimento e acompanhamento psicossocial com intuito de inserir o usuário na sociedade, a fim de promover sua emancipação, para não serem esquecidos pelos familiares e pela sociedade. **Objetivo:** Analisar as características do processo de trabalho de uma equipe de enfermagem noturna de um Centro de Atenção Psicossocial III em Manaus-AM. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, de caráter exploratório. A pesquisa foi realizada com 11 profissionais da equipe de enfermagem que estavam presentes no momento da coleta de dados e que atuam no período noturno de acolhimento. Foram utilizados como instrumentos questões variáveis e divididos em duas etapas

com os dados sóciodemográficos e profissionais, além de quatro questões norteadoras que serviram para realizar as entrevistas com os sujeitos delimitados. **Resultados:** Foi possível evidenciar que 36,4% (=4) alegam atender mais casos relacionados a esquizofrenia, 36,4% (=4) referem o quantitativo de profissionais insuficiente no período noturno, 54,5% (=6) dos profissionais da equipe de enfermagem, sugerem para melhoria do atendimento a inclusão completa de profissionais no período noturno. **Conclusão:** indica-se que mais pesquisas precisam ser realizadas para enriquecer esses achados, pois abre-se um leque de perguntas sobre a ausência de outros profissionais no CAPS III durante a noite, que remetem às questões da distribuição do trabalho em saúde.
PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento noturno CAPS III. Apoio Psicossocial. Equipe de enfermagem. Saúde mental.

CHARACTERISTICS OF THE NIGHT LY EATO OF THE NURSING TEAM IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER III IN MANAUS-AM

ABSTRACT: THE CAPS is an open and community health instrument of the Unified Health System (SUS), being a reference for treatment for people suffering from mental disorders. It was created with the purpose of substituting the asyrlar model, to provide psychosocial care and follow-up in order to insert the user into society, in order to promote their emancipation, so as not to be forgotten by family members and society. **Objective:** To analyze the characteristics of the work process of a night nursing team of a Psychosocial Care Center III in Manaus-AM. **Methodology**: This is a qualitative and descriptive study of exploratory character. The research was conducted with 11 nursing team professionals who were present at the time of data collection and who work during the night of reception. Variable questions were used as instruments and divided into two stages with sociodemographic and professional data, in addition to four guide questions that served to conduct interviews with the delimited subjects. Results: It was possible to show that 36.4% (=4) claim to attend more cases related to schizophrenia, 36.4% (=4) reported insufficient number of professionals at night, 54.5% (=6) of nursing team professionals suggest that the complete inclusion of professionals at night improved to improve care. **Conclusion:** it is indicated that more research needs to be conducted to enrich these findings, because a range of questions about the absence of other professionals in CAPS III at night are opened, referring to the issues of the distribution of health work.
KEYWORDS: Night reception CAPS III. Psychosocial Support. Nursing team. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, a atenção à saúde mental abrange uma rede de serviços desde a Atenção Básica (AB), a serviços especializados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram se configurando como equipamentos estratégicos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na sustentação da lógica substitutiva aos manicômios por serem dispositivos de cuidado intensivo, comunitário e promotores de vida (JAFEICE; MARCOLAN, 2018).

O CAPS é um instrumento de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de

Saúde (SUS), sendo uma referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais. Foi criado com o propósito substitutivo ao modelo asilar, para oferecer atendimento e acompanhamento psicossocial com intuito de inserir o usuário na sociedade, a fim de promover sua emancipação, para não serem esquecidos pelos familiares e pela sociedade (PEREIRA et al., 2020).

Segundo a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial há os seguintes espaços para acesso à população: CAPS I e CAPS II, com atendimento diário de adultos; CAPS III, atendimento diário e noturno de adultos; CAPS Infantil, para infância e adolescência; CAPS AD, para usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2002).

O CAPS III é diferentes dos demais Centros Psicossociais, contendo a capacidade para atendimento em municípios com população acima de 150.000 habitantes, oferecendo serviço ambulatorial continuamente, durante 24 horas, com acolhimento noturno e permanência, incluindo os feriados e finais de semana (SILVA; LIMA, 2017).

O acolhimento noturno destaca-se como um mecanismo utilizado para atender os indivíduos de maneira integral, funcionando como estratégia para evitar internação psiquiátrica. É durante a crise, que se faz necessário apoio da equipe multiprofissional ao usuário (SILVA et al., 2020).

No período da manhã, tarde e noite a equipe multiprofissional executa suas atividades e a Enfermagem realiza suas ações nos dois turnos abrangendo diferentes formas de organização na equipe. Dessa forma, o serviço de acolhimento noturno em CAPS III é formado, em sua maioria, exclusivamente pelos profissionais da equipe de enfermagem, enquanto no serviço diurno, existe a presença de outras profissões (ANJOS et al., 2015).

Esta pesquisa será de suma importância, para o contexto do atendimento noturno do CAPS, pois trará resultados que permitem subsidiar discussões sobre o funcionamento deste serviço fundamental para a sociedade.

O objetivo geral do estudo é analisar as características do processo de trabalho de uma equipe de enfermagem noturna de um Centro de Atenção Psicossocial III em Manaus-AM.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, de caráter exploratório. Segundo Gil (2019) as pesquisas exploratórias objetivam conferir maior familiaridade com o problema, buscando construir hipóteses ou torná-lo mais explícitos. Para este tipo de pesquisa o planejamento tende a ser flexível, pois considera os mais variados aspectos relativos ao fato ou ao fenômeno estudado.

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial CAPS III cidade de Manaus-AM, que possui funcionamento 24h, e têm em média 10 leitos com capacidade para acolhimento e possui disponibilidade para acolher casos novos, sem agendamento

prévio, em todos os dias úteis da semana das 08h00 às 18h00.

A pesquisa foi realizada com 11 profissionais da equipe de enfermagem que estavam presentes no momento da coleta de dados e que atuam no período noturno de acolhimento. A equipe de enfermagem do Caps atualmente é composta por 20 profissionais, sendo que 13 são técnicos de enfermagem e 7 de enfermeiros. Desse total, 2 estavam de férias e o restante não aceitou participar da pesquisa.

Após a concordância do responsável pela instituição onde foi realizada a coleta dos dados, através da assinatura da Intenção de Pesquisa, o projeto de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). A coleta de dados ocorreu após a aprovação do CEP e assinatura por parte do sujeito de pesquisa do Termo de Compromisso Livre Esclarecido (TCLE), conforme determina a Resolução CNS 466/12, II.4 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. Os pesquisadores se comprometeram a manter sigilo sobre as informações obtidas dos sujeitos, conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi realizada no período noturno, com aplicação de questionários e a realização das entrevistas somente com os participantes que atenderam os critérios de inclusão e exclusão. Foram utilizados como instrumentos questões variáveis e divididos em duas etapas com os dados sóciodemográficos e profissionais, além de quatro questões norteadoras que serviram para realizar as entrevistas com os sujeitos delimitados.

3 I RESULTADOS

A **Tabela 1** traz informações sobre os variáveis sociodemográficas referentes aos participantes: sexo, idade, estado civil e renda mensal . Quanto ao sexo 54,6% (=6) são do sexo feminino, 63,6% (=7) com idade entre 30 a 40 anos, 45,4% (=5) são casados e 45,4% (=5) possuem mais de 5 salários mínimos como renda mensal.

VARIÁVEIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	**6**	**54,6**
Masculino	5	45,4
Idade		
18 a 30 anos	0	0
30 a 40 anos	**7**	**63,6**
40 a 50 anos	4	36,4
50 a 60 anos	0	0
Estado Civil		
Solteiro (a)	4	36,4
Casado (a)	**5**	**45,4**
Divorciado (a)	0	0
Viúvo (a)	0	0
União Estável	2	18,2

Renda Mensal		
1 salário mínimo	0	0
2 salários mínimos	4	36,4
3 salários mínimos	2	18,2
4 salários mínimos	0	0
5 salários mínimos	0	0
Mais de 5 salários mínimos	**5**	**45,4**

Tabela 1- Variáveis sociodemográficas referentes as características dos participantes. Manaus (AM), 2021.

Fonte: Próprios autores (2021).

A **Tabela 2** apresenta variáveis dos dados profissionais dos profissionais da equipe de enfermagem, como área de formação, tempo de formação, tempo de atuação no Caps, além de horas trabalhadas por plantão. Quanto a área de formação, 63,6% (=7) dos profissionais entrevistados são técnicos de enfermagem, 45,4% (=5) possuem tempo de formação maior que 10 anos, 45,4% (=5) têm mais de 6 anos de atuação no Caps e 81,8% (=9) abordaram 12 horas trabalhadas por plantão.

VARIÁVEIS	Nº	%
Área de Formação		
Técnico de enfermagem	**7**	**63,6**
Enfermeiro	4	36,4
Tempo de formação		
Menor ou igual a 1 ano	1	9,1
1 a 5 anos	3	27,3
5 a 10 anos	2	18,2
Maior que 10 anos	**5**	**45,4**
Tempo de atuação no Caps		
Menor ou igual a 1 ano	1	9,1
1 a 3 anos	2	18,2
3 a 6 anos	3	27,3
Mais que 6 anos	**5**	**45,4**
Horas trabalhadas por plantão		
6 horas	2	18,2
12 horas	**9**	**81,8**
Mais de 12 horas	0	0

Fonte: Próprios autores (2021).

Na **Figura 1**, através da análise sobre as principais patologias acompanhadas durante o acolhimento noturno, 36,4% (=4) alegam atender mais casos relacionados a esquizofrenia.

Figura 1- Principais patologias acompanhadas no acolhimento noturno. Manaus (AM), 2021.

Destaca-se na **Figura 2** que 72,7% (=8) realizam ações de cuidado direcionados a administração de medicamentos.

Figura 2- Ações de cuidado da equipe durante o acolhimento noturno. Manaus (AM), 2021.

Quanto as principais dificuldades encontradas pela equipe da assistência, observa-se na **Figura 3** que 36,4% (=4) referem o quantitativo de profissionais insuficiente no período noturno.
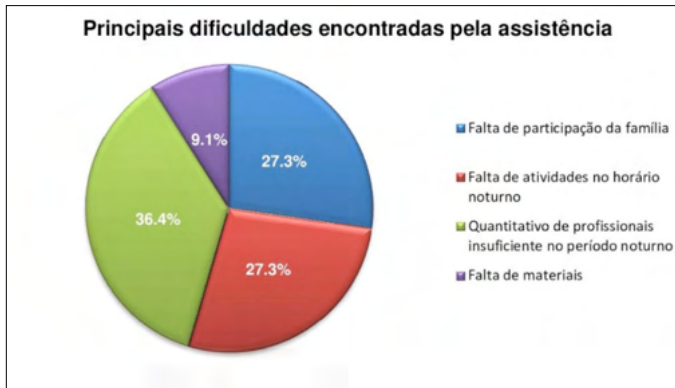
Figura 3- Principais dificuldades encontradas pela assistência. Manaus (AM), 2021.

Verifica-se na **Figura 4** que 54,5% (=6) dos profissionais da equipe de enfermagem, sugerem para melhoria do atendimento a inclusão completa de profissionais no período noturno.
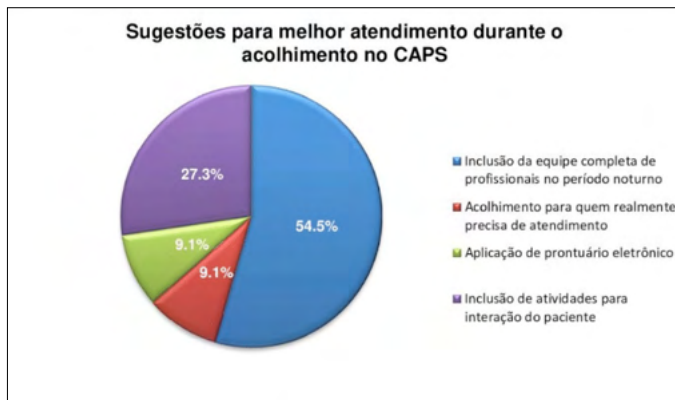
Figura 4- Sugestões para melhor atendimento durante o acolhimento no CAPS. Manaus (AM), 2021.

4 | DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino, com idade entre 30 a 40 anos, casados, recebendo mais de 5 salários mínimos.

Estudo quantitativo no sul do Brasil também apresenta que o perfil dos trabalhadores do CAPS é majoritariamente feminino, 78% que se mostra igualmente presente em todas as áreas da saúde (CLODOALDO; BARBOSA; OLIVEIRA, 2017). Os profissionais que faziam parte da pesquisa de Araújo et al. (2016), maioria era do sexo feminino (79,3%), com idade entre 31 e 40 anos (36,0%), média de 30,8 anos (10,7%), com situação conjugal casado/união estável/.

Na análise do perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem que atuam no CAPS-ADIII no município de Ubá, Abreu et al. (2017), apresentou que a maior parte se encontra na faixa etária de 26 a 25 anos (28,8%), bem como 36 a 45 anos (26,2%).

Em relação a área de formação, a maior parte relatou ser técnico em enfermagem. É evidenciado por Moraes (2018) que a maioria dos profissionais atuantes na enfermagem possuem nível técnico. A atuação desses profissionais juntamente é essencial para o ambiente psicossocial , uma vez que executam atividades direcionadas exclusivamente ao cuidado.

Sobre o tempo de formação, 45,4% (=5) dos profissionais de enfermagem formaram-se há mais de 10 anos.

Almeida e Furegato (2015), destacaram que na enfermagem predominam os profissionais com experiência entre um e cinco anos após a formação, favorecendo a categoria jovem, sem experiência de atuação, sendo, provavelmente, o primeiro emprego conquistado, com despreparo para lidar com o público alvo.

Os participantes referiram tempo de atuação no CAPS com mais de 6 anos. No que diz Larivoir et al. (2020), em seu estudo, 90% atuam no CAPS há menos de um ano, em razão do método de contrato com duração de um ano que confere muita rotatividade dos profissionais ao serviço.

Sobre os aspectos do trabalho, no estudo de Silva e Brandão (2019) , a maioria dos profissionais de enfermagem possuíam jornada de trabalho de 30 horas semanais.

Na análise sobre as principais patologias acompanhadas durante o acolhimento noturno, 36,4% (=4) alegam atender mais casos relacionados a esquizofrenia.

Na pesquisa realizada por Bogo e Chapadeiro (2019) em Candeias- Bahia, os autores constataram que a população usuária do CAPS III tinha predominantemente características da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos para ambos os sexos,. Há consenso entre os autores de se atribuir a desorganização da personalidade no aspecto da esquizofrenia à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas.

No levantamento realizado por Cruz et al. (2016), os transtornos mentais de maior frequência apresentados no estudo, na análise para ambos os sexos, estiveram relacionados a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

Das ações de cuidado realizadas, constatou-se que 72,7% (=8) dos profissionais de enfermagem executam suas tarefas direcionadas a administração de medicamentos. No que enfatizou Silva et al. (2018), os profissionais de enfermagem acabam por ser responsáveis, em seu cotidiano, pelas medicações dos usuários, além disso, orientam sobre o uso da medicação, seus efeitos colaterais, a importância da atenção com os medicamentos, algumas vezes estabelecendo esses critérios no próprio CAPS.

A autonomia do usuário no cuidado com a medicação requer da enfermagem o uso de estratégias para que o usuário e familiar se apropriem dessa atividade, desenvolvendo habilidades e segurança para administração das medicações em casa. Essas atribuições

são consideradas uma condição importante para o processo de alta dos usuários do CAPS, mantendo a adesão ao tratamento medicamentoso e evitando retorno ao serviço especializado e reinternações (SANTOS et al., 2020).

Verificou-se nos estudos de Pinho e Souza (2015), que 38,6% dos profissionais de enfermagem referem que as práticas de acolhimento são os mais frequentes, seguidos do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Na pesquisa feita por Cardoso et al. (2015) , observou-se que as ações da equipe centram-se nos procedimentos, como verificação da pressão arterial, administração de medicamentos, curativos, e registros.

As principais dificuldades encontradas pela equipe da assistência, observa-se que 36,4% (=4) referem o quantitativo de profissionais insuficiente no período noturno. Santos (2015), enfatizou que a equipe do CAPS era organizada a partir do critério de miniequipe (ME) de referência, o que causava desconforto por se tratarem de quatro miniequipes e atuarem apenas dois enfermeiros no CAPS, prejudicando a possibilidade de que cada uma delas tivesse profissionais de diferentes formações atuando conjuntamente no período noturno.

Souto et al. (2018), apontaram a falta de estrutura física das unidades que foram de 17% da amostra e 14% apontaram que formação dos profissionais na área de saúde mental, é um problema também de grande relevância dentro das unidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os achados no estudo de Oliveira et al. (2017), revelaram que as principais dificuldades apontadas pelos profissionais de enfermagem, são inerentes ao usuário e ao processo administrativo da unidade. Quanto aos usuários: as recaídas, evasões, à desmotivação, a baixa autoestima, a não adesão ao tratamento são as mais recorrentes. No contexto administrativo, tem-se: a falta de medicamento, o tempo destinado ao acompanhamento ao paciente e as situações limites inesperadas, ou seja, as crises.

Azevedo et al. (2015), destacaram que a falta de condições de trabalho prejudica a qualidade das atividades dos profissionais, a qualidade do serviço de saúde e até mesmo a saúde dos usuários. Os materiais, quando solicitados, demoram a chegar, gerando descontentamento pela impossibilidade de escolher as atividades a serem efetuadas pela falta de recursos existentes.

Identificou-se por Azevedo et al. (2019), a carência de recursos para efetivação de atividades do serviço, sendo comum auxílio e doações da comunidade para realização de atividades ou, ainda, a venda de artesanatos para compra de novos materiais, objetivando manter as oficinas.

5 | CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa apontaram o perfil dos profissionais de enfermagem, suas ações de cuidado, as principais patologias direcionadas aos mesmos, além das

dificuldades encontradas no acolhimento noturno no CAPS III localizado na Cidade de Manaus-AM.

Foi possível evidenciar que das principais patologias acompanhadas pelos profissionais na assistência, abordou-se a Esquizofrenia, nas ações de cuidado direcionadas a administração de medicamentos, além das prinicipais dificuldades que acometem os profissionais de enfermagem em seus serviços, no que destacou-se a falta de profissionais do período noturno.

Ainda, analisou-se que a equipe de enfermagem, no cenário em estudo, é responsável pelo acolhimento noturno, colocando-se como principal agente de manutenção do funcionamento dos CAPS-III, visto que esse acolhimento é o diferencial nesse serviço. Dessa maneira, fica evidenciado que todas as práticas de cuidado de enfermagem são necessárias no CAPS e não devem ser excluídas. Pois essa equipe vivencia, inúmeras vezes, sentimento de insegurança e desconforto, e assim , durante a noite, existem diversas demandas que acabam acarretando resultados insatisfatórios.

A ausência da equipe multiprofissional no acolhimento noturno é detectada não só aqui na Cidade de Manaus-AM, mas em outras instituições. Entretanto, os serviços podem se adiantar no caminho em direção ao modelo de atenção psicossocial que exige o trabalho integrado em equipe, direcionado a uma assistência com abrangência psicossocial.

Assim, indicam-se que mais pesquisas necessitam ser realizadas para enriquecer esses achados, pois abre-se questionamentos sobre a ausência de outros profissionais no CAPS III durante a noite, que remetem às questões da distribuição do trabalho em saúde. A realização dos estudos com os profissionais de enfermagem que atuam diretamente no acolhimento noturno pode fornecer subsídios para que esse espaço seja ainda mais resolutivo diante de uma equipe multiprofissional consciente e preparada.

REFERÊNCIAS

ABREU M.A et al. **Avaliação da estrutura e processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial no Município de Uba-MG**. Revista Científica Fagoc, v.2, 2017. Disponível em: ISSN: 2448-282X. Acesso em: 05 nov. 2021

ALMEIDA A.S, FUREGATO A.R.F. **Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental**. Revista de Enfermagem da Atenção a Saúde, v.4, n.1, p.79-88. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265. Acesso em: 05 nov. 2021

ANJOS, M.A. et al. **Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento**. Caderno Brasileiro Saúde Mental, v.7, n.16, 2015. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc. br/index.php/cbsm/article/view/1936. Acesso em: 10 nov. 2021

AZEVEDO A.P.F et al. **Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial**. Revista Psicologia Organizações e Trabalho, v.15, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1984-66572015000100004. Acesso em: 05 nov. 2021

AZEVEDO D.M et al. **Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial**. Revista Rene, 2019. Disponível em: https://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324058874003/324058874003.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021

BARDIN, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

BOGO M.S.J, CHAPADEIRO C.A. **Perfil e formação do profissional do CAPS e sua compreensão do transtorno mental**. Aletheia, v.52, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413039420190002000. Acesso em: 05 nov. 2021

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica, nº 34**: Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARDOSO L.C et al. **Assistência de enfermagem desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial.** Revista de Ciências, 2015. Disponível em: https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/6085. Acesso em: 05 nov. 2021

CLODOALDO S.S, BARBOSA G.C, OLIVEIRA M.A. **Satisfação dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas**. Revista Uningá, v.52, n.1, 2017. Disponível em: online ISSN:2318-0579. Acesso em: 05 nov. 2021

CRUZ L.S et al. **Perfil de Pacientes com Transtornos Mentais atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do Município de Candeias** – Bahia. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.2, n.2, 2016. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53156050/24886-64488-1-PB-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1636150259. Acesso em: 05 nov. 2021

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projeto de pesquisa. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2019.

JAFELICE G.T, MARCOLAN J.F. **The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.71, 2018. Disponível em: DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0300

LARIVOIR C.O et al. **O cotidiano do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas III sobre a perspectiva da organização do trabalho**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.45, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.252248/reas.e2966.2020. Acesso em: 05 nov. 2021

MORAES F. **Influência do turno de trabalho na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um Hospital Público do Noroeste do Mato Grosso**. Revista Científica Sena, 2018. Disponível em: http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/251. Acesso em: 11 nov. 2021

OLIVEIRA M.F et al. **Percepção dos profissionais sobre um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas**. COREN-CE, 2017. Disponível em: http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2018/05/retep-9-3-coren-site-.pdf#page=38. Acesso em: 04 nov. 2021

PEREIRA, E.C et al. **Os encontros grupais na perspectiva psicanalítica: vivências no CAPS infantil.** Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa, v. 34, n. 66, p. 104-117, out. 2020. Disponível em: http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1383. Acesso em: 04 nov. 2021

PINHO E.S, SOUZA A.C. **Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.1, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232018231.08332015. Acesso em: 04 nov. 2021

SANTOS E.O et al. **Práticas de enfermagem no centro de atenção psicossocial**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.73, n.1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/WDf4zddCtmJXWqSPqFBfvPk/?lang=pt. Acesso em: 05 nov. 2021

SANTOS O.P.**Concepções de enfermeiros de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidar a adultos com transtornos mentais graves- relato de experiência**. Revisa, v.4, n.2, 2015. Disponível em: http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/242/114. Acesso em: 05 nov. 2021

SILVA S.N, LIMA M.G. **Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais**. Epidemiologia Serviços em Saúde, v.26, n.1, 2017. Disponível em: doi: 10.5123/s1679-49742017000100016. Acesso em: 10 nov. 2021

SILVA J.V.S, BRANDÃO T.M. **Perfil profissional das enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial de uma capital do Nordeste**. Revista de Enfermagem UFJF, v.5, n.1, 2019. Disponível em: DOI: 10.34019/2446-5739.2019.v5.16942. Acesso em: 05 nov. 2021

SILVA J.V.S et al. **Ações e atividades desenvolvidas pela enfermagem no centro de atenção psicossocial: revisão integrativa**. Revista de Enfermagem e Atenção a Saúd**e**, v.7, n.3, 2018. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/690d/6d9b84111dc6c2c1afc3f8ec64a12c1c0b62.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021

SOUTO R.S.F et al. **As dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no centro de atenção psicossocial (caps) –revisão de literatura**. Revista de Iniciação Científica e Extensã**o**, v.1, 2018. Disponível em: https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/84/48 Acesso em: 05 nov. 2021

CAPÍTULO 7

COMPORTAMENTO PREVENTIVO DAS MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO FRENTE ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 06/09/2021

Ana Carolina Assis Ferreira
Graduada em enfermagem. Centro Universitário de Belo Horizonte
Belo Horizonte, Minas Gerais
http://lattes.cnpq.br/0187136965139245

Bruna Kuster Gomes Abdala
Graduada em enfermagem. Centro Universitário de Belo Horizonte
Belo Horizonte, Minas Gerais
http://lattes.cnpq.br/7508342064620500

Talyene Rocha Moreira Araújo Coelho
Graduada em enfermagem. Centro Universitário de Belo Horizonte
Belo Horizonte, Minas Gerais
http://lattes.cnpq.br/6198789374872838

Flávia Andrade Almeida
Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local. Docente do Centro Universitário de Belo Horizonte
Belo Horizonte, Minas Gerais
http://lattes.cnpq.br/3240231666507801

RESUMO: A prostituição é toda e qualquer prestação remunerada de serviços sexuais, sem vínculo afetivo. Como o sexo é o produto de trabalho oferecido por mulheres profissionais do sexo (MPS's), as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) passaram a ser vistas como risco ocupacional. Esse estudo teve como objetivo compreender o comportamento preventivo das mulheres profissionais do sexo frente às IST's. E como objetivo específico: Levantar as estratégias que as mulheres utilizam para se prevenir. Para o alcance dos objetivos propostos foi realizada uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória a partir da realização de entrevista semiestruturada gravada. Os sujeitos da pesquisa foram as MPS's cadastradas na Associação de Prostitutas de Minas Gerais (APROSMIG). Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que o estigma e preconceito da profissão, as condições de trabalho e a limitação de informação acerca do risco de doenças sexualmente transmissíveis são fatores que colaboram para negligência do autocuidado e da adoção de medidas preventivas pelas mulheres profissionais do sexo.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento. Doenças sexualmente transmissíveis. Prevenção. Profissionais do sexo.

PREVENTIVE BEHAVIOR OF FEMALE SEX WORKERS IN THE FACE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

ABSTRACT: Prostitution is any and all remunerated provision of sexual services, without an affective bond. As sex is the work product offered by female sex workers (MPS's), sexually transmitted infections (STIs) came to be seen as occupational risk. This study aimed to understand the preventive behavior of female sex workers against STIs. And as a specific objective: To raise the strategies that women use to prevent themselves. In order to achieve the proposed objectives, a qualitative, descriptive

and exploratory research was carried out based on a recorded semi-structured interview. The research subjects were the MPS's registered at the Minas Gerais Prostitutes Association (APROSMIG). The results of this research showed that the stigma and prejudice of the profession, working conditions and limited information about the risk of sexually transmitted diseases are factors that contribute to the neglect of self-care and the adoption of preventive measures by women sex workers.
KEYWORKS: Behavior. Sexually transmitted diseases. Prevention. Sex workers.

1 | INTRODUÇÃO

A prostituição é uma das profissões mais antigas do mundo, originada na Grécia Antiga, e que até hoje, sofre estigmas e preconceitos frente à sociedade (SCHREINER *et al.*, 2004). Entende-se como prostituição, toda e qualquer prestação remunerada de serviços sexuais, sem vínculo afetivo.

Ainda existe um grande receio em relação a esta profissão, uma vez que o controle social, político, penal e médico difundem preconceitos sobre ela: vadiagem, promiscuidade, ameaça à saúde pública e ao casamento, pecado e doença (MORAES, 2011).

Como o sexo é o produto de trabalho oferecido por mulheres profissionais do sexo (MPS), as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) passaram a ser vistas como risco ocupacional (BRASIL, 1996). Toda pessoa pode ser fonte de infecção e transmissão de IST's, no entanto, deve-se ter um cuidado maior com essas profissionais, devido aos hábitos recorrentes que essa profissão proporciona (MOURA, PINHEIRO, BARROSO, 2009).

O poder de escolha que as MPS possuem, em relação ao que fazer e com quem fazer em determinado programa, contribui para muitos outros elementos urgentes, tais como: a manutenção de sua saúde, questões financeiras, familiares e até mesmo, de sobrevivência. Com isso, a mulher acaba submetendo-se a comportamentos que colocam a sua saúde e a saúde dos demais em risco (BRASIL, 1996).

A prostituição não é uma profissão regulamentada. No entanto, em 2012 foi apresentado um projeto de lei ("Lei Gabriela Leite"), que propõe diretrizes para sua regulamentação, com o intuito de desmarginalizar a profissão, promover o direito ao trabalho, à segurança pública e à dignidade humana, a fim de minimizar os riscos provenientes de tal atividade.

A falta de regulamentação da prostituição, associada ao estigma que estas profissionais sofrem, culmina em fatores de vulnerabilidade social e de risco para a saúde, uma vez que apresentam uma grande barreira aos cuidados à prevenção dessas mulheres, associados à falta de confiança nos serviços de saúde e o medo da discriminação (MAIA, RODRIGUES, 2014). Por não julgarem importante esse cuidado (que pode estar relacionado diretamente com a autoestima), fazem com que os trabalhos de resgate dessas mulheres sejam essenciais para elas e para toda a sociedade (BRASIL, 1996).

Como a universalidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) deve-se

considerar a prostituição uma questão de saúde pública, pois o desafio que se tem com as MPS de ir por livre demanda às unidades de saúde se torna um desafio para as políticas públicas. Estabelecer prioridades e assistência adequada decorrente do trabalho prestado pelas mulheres desse grupo e suas devidas vulnerabilidades são aspectos que precisam ser considerados (MUNHOZ *et al.*, 2009).

Por outro lado é reconhecida a resistência das MPS em receber orientações sobre seus estilos de vida fazendo com que esse grupo se torne mais vulnerável às diversas infecções ginecológicas, surgimento de neoplasias uterinas, infecções e disseminação de IST'S ocasionada pelo contato com diferentes parceiros sexuais; dificultando assim a implementação de programas efetivos de promoção à saúde e prevenção. (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, o presente estudo pretendeu responder a seguinte questão: Como as MPS se comportam em relação à adoção de medidas preventivas para as IST's?

Deste modo, esse estudo teve como objetivo geral compreender o comportamento preventivo das mulheres profissionais do sexo frente às infecções sexualmente transmissíveis. E como objetivo específico: Levantar os métodos que as mulheres utilizam para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

Considerando a grande susceptibilidade para aquisição e disseminação das IST' no grupo de mulheres profissionais do sexo faz-se necessário compreender a situação ginecológica dessas mulheres e os desafios por elas enfrentadas na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Essa pesquisa torna-se relevante uma vez que diante das vivências relatadas nesse estudo, os resultados permitirão reflexões acerca da melhor maneira de assistir este grupo de mulheres, uma vez que há uma carência de produções científicas acerca da investigação desse grupo populacional.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória, realizada através de entrevista semiestruturada.

O local da pesquisa foi a Associação das Prostitutas de Minas Gerais (APROSMIG). Criada em 2013, a associação realiza seminários sobre saúde, cidadania, preconceitos, além de oferecer cursos e apoio psicológico através de parcerias com instituições de ensino. A associação possui, em média, 400 mulheres cadastradas.

Os sujeitos da pesquisa foram as mulheres profissionais do sexo cadastradas na referida associação. Como critério de inclusão foram utilizados: a) Mulheres maiores de 18 anos de idade; b) Mulheres comprovadamente inscritas na APROSMIG; c) Mulheres que exercem a ocupação profissional em Belo Horizonte.

Inicialmente foi realizado contato com as responsáveis pela APROSMIG para apresentação da proposta da pesquisa de campo. Mediante a autorização da pesquisa por

meio da emissão da carta de anuência, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH), respeitando as diretrizes da portaria 466/2012, sendo aprovado mediante a emissão do parecer nº 3.625.765.

Para a coleta de dados, a responsável pela associação intermediou a busca pelas participantes da pesquisa. Em função das características da profissão, a abordagem às participantes se deu por meio da aproximação do corpo a corpo, sem outro tipo de contato prévio. As entrevistas ocorreram nos intervalos entre os atendimentos aos clientes, com o intuído de respeitar a natureza da atividade profissional.

Utilizou-se técnica de entrevista semiestruturada individual gravada, direcionada por um roteiro de perguntas, sendo as participantes informadas acerca dos objetivos da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Ao todo, foram realizadas 13 entrevistas, com duração média de 8 minutos, sendo dada como encerrada quando ocorreu repetição dos discursos.

Ao término das entrevistas, os relatos foram transcritos, analisados e os trechos de maior relevância foram retirados, seguindo as diretrizes da Técnica de Análise de Conteúdo descrita por Bardin (2011) sendo respeitadas as etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados.

Com o intuito de preservar o anonimato das participantes os trechos das falas foram identificados por meio da nomenclatura E (abreviação de entrevistado) seguido de um número sequencial.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas sendo o perfil das entrevistadas avaliado a partir das seguintes variáveis: idade, estado civil e o número de filhos.

Referente à idade, a maioria está concentrada na faixa etária dos 20 aos 30 anos, com 53,84%. Entre os 31 e 41 anos, foram identificadas 23,07%. Dos 42 aos 52 anos, nota-se apenas 7,69% e, por fim, acima dos 52 anos, 15,38%.

Em relação ao estado civil, apenas 7,7% são divorciadas, enquanto 92,30% são solteiras. E quanto ao número de filhos, 61,53% possuem até 3 filhos, enquanto 38,47% não tiveram filhos até o momento desta pesquisa.

As condições que levaram estas mulheres a buscarem por esta profissão são variadas. Dentre elas, pode-se observar o desemprego e o abandono familiar, conforme os relatos abaixo:

> *"Eu comecei eu tinha 26 anos eu fiquei desempregada (...) eu sou mãe solteira meus filhos todos pequenos. Já tinha os três quando entrei para vida, eu já era ligada e meu filho mais novo não tinha nem cinco meses..."* (E8).

> *"Eu venho trabalhar aqui não é por luxo nem status, é por necessidade*

mesmo, pela falta de emprego, entrego currículo ainda, eu era professora, mas não pude continuar exercendo minha profissão por falta de certificado. Como eu era casada e meu ex-marido me abandonou grávida, eu vim, não tive outro recurso, vim parar na zona (...)" (E6).

Nota-se ainda, que mesmo persistindo na profissão, algumas se sentem culpadas com a atividade que exercem.

> *"Eu já estou errada de estar aqui, querendo ou não estou errada, porque não foi essa a criação que minha mãe me deu, não foi para isso que ela lutou todos os anos, todas as vezes que ela deixou de levar no dentista, no médico, de nos abraçar por estar trabalhando, então não foi para isso que ela nos criou, mas infelizmente eu vim parar aqui, eu acho que estou errada porque sou motivo de traição de várias mulheres, sou motivo de choro de várias mulheres (...)"* (E6).

Outro fator relevante que precisa ser considerado se refere às condições de trabalho das entrevistadas, uma vez que esse aspecto interfere diretamente no comportamento preventivo dessas mulheres. No que diz respeito à estrutura dos quartos, os mesmos são estreitos e compostos por: 1 cama de concreto com colchão, 1 vaso sanitário, 1 pia e 1 armário para guardar objetos pessoais, além de possuírem baixa iluminação e ventilação precária. Em apenas alguns quartos podem ser identificados a ducha higiênica e frigobar. Devido à grande quantidade de clientes, não é possível mensurar o tempo entre um atendimento e outro, entretanto, as profissionais alugam o quarto por diária que varia de um hotel para o outro. Relatam atender o maior número de clientes possíveis em menor tempo para que consigam pagar suas despesas e obter lucro ao final do dia.

3.1 MPS e o comportamento preventivo

Na análise das entrevistas, percebeu-se que as mulheres entrevistadas têm algum conhecimento prévio do que são IST's e a relação do sexo com a ocorrência das infecções. No entanto, quando foram questionadas sobre o que são as IST´S, as entrevistadas demonstraram grande preocupação em listar quais são e não exatamente o que são (AIDS, gonorreia, hepatite, herpes, sífilis); o que demonstra conhecimento superficial sobre o assunto. Além disso, observou-se que essas mulheres convivem, diariamente, com certo receio de contrair infecções, mas não é possível afirmar se elas possuem consciência da amplitude do risco em que estão submetidas no exercício da profissão.

3.1.1 Estratégias para prevenção de doenças

As entrevistadas consideraram estratégias de prevenção: o uso de preservativo, a realização da higiene íntima com sabonete líquido e uso de toalha descartável; uso de lubrificante íntimo, realização de um pré- julgamento do cliente antes de realizar o ato sexual, busca por consultas médicas, realização de exames e consumo de medicamentos.

Quando as mulheres foram questionadas a respeito das estratégias que elas utilizam para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, o uso do preservativo apareceu

nos relatos de todas as entrevistadas. No entanto, há uma preocupação na realização da higiene íntima e a utilização do lubrificante íntimo como estratégia complementar.

> *"Uso preservativo sempre e costumo olhar os parceiros também. Se vejo que é uma pessoa muito estranha, rejeito também. Se eu suspeito que a pessoa tenha alguma coisa eu rejeito até mesmo com preservativo (...). Peço o parceiro para não começar o ato muito forte porque aí estoura mesmo (...) Com muita força tem que ter muito cuidado, tem que começar a relação devagar" (E4).*
>
> *"Eu uso bastante lubrificante e a camisinha. Não confio na camisinha do posto, prefiro comprar outra mais resistente, porque a camisinha do posto me deixou na mão quatro vezes, estourou na pontinha, mesmo com lubrificante (...)" (E12).*

Percebe-se que a maior preocupação das entrevistadas é com o uso do preservativo.

Essa premissa está fundamentada na descrição da Política Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 1999). A política caracteriza o preservativo como o principal insumo de prevenção de infecção pelo HIV. Acerca desse pode-se afirmar que a associação de apoio a essas mulheres contribui para a adoção desse comportamento, uma vez que a APROSMIG atua como uma rede de distribuição comunitária dos preservativos, tanto masculinos quanto femininos. Toda e qualquer MPS, associada ou não, tem o direito de pegar preservativos e lubrificantes na sede situada próximo aos principais hotéis.

No entanto, apesar de comprovada a eficácia do preservativo é essencial que as MPS's instituam outras medidas associadas ao uso do preservativo afim de potencializarem a profilaxia.

De acordo com o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (Brasil, 2019) o preservativo é o método mais conhecido, acessível e eficaz para se prevenir da infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), mas há a necessidade da utilização de outras medidas para potencializar a cadeia de prevenção.

A prevenção combinada deverá estar pautada na associação de diferentes métodos preventivos às IST's, como a testagem regular para HIV, prevenção de transmissão vertical, o tratamento das IST's e hepatites virais, imunização para as hepatites A e B, programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV (BRASIL,2019), principalmente em se tratando de população pertencente ao grupo de risco para o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis.

O uso do lubrificante é outra estratégia que as entrevistadas associam à prevenção de IST's. De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) um dos fatores que contribuem para ruptura ou escape do preservativo masculino é a lubrificação vaginal insuficiente. O gel lubrificante (à base de água) associado ao preservativo atua na prevenção da transmissão sexual do HIV, pois diminui o atrito e a

possibilidade de provocar micro lesões nas mucosas genitais e anais, que funcionam como porta de entrada para o HIV e outras IST's (UNAIDS, 2018).

O comportamento das entrevistadas pode ser confirmado pela descrição de Garcia e Lisboa (2012) que recomenda o uso de lubrificante vaginal aquoso e contraindica, em qualquer situação, o uso de lubrificante não aquoso, pois causa danos ao preservativo masculino e/ou alteração do pH vaginal.

Além do preservativo e lubrificante, as práticas de higiene pós relação sexual também é enfatizado pelas entrevistadas.

> *"Eu me previno, eu sou uma mulher inteligente, toda minha vida eu me previno. Trabalho no meio dos preservativos e ainda vou pegar doença? Preservativo, higiene pessoal tem várias maneiras de se prevenir, sempre lavar as mãos, esterilizar. No hotel eu não uso sabonete de barra só o sabonete líquido, uso só papel toalha porque não vou usar toalha de outra pessoa (...) tem várias formas de se prevenir" (E13).*

Não há evidências de que a higiene íntima após as relações sexuais seja um método preventivo eficaz, no que diz respeito às IST's. No entanto, de acordo com Mazzo *et al.* (2014) a higienização auxilia na prevenção de infecções do trato urinário (ITU) uma vez que, os principais microrganismos responsáveis pelas ITU's fazem parte da flora transitória do períneo. Levando em consideração os fatores anatômicos, as mulheres possuem maior predisposição à estas infecções, devido ao menor comprimento da uretra, além da proximidade da uretra com o ânus e a vagina. Diante do exposto, é possível concluir que, apesar de não ter relação entre a higiene íntima e a prevenção de IST's o comportamento deve ser incentivado, devido à eficácia na prevenção de ITU's.

Leitão *et al.* (2012) afirmam que as práticas de higiene variam entre as mulheres e sofrem influência mediante o contexto cultural em que estão inseridas. Em geral, as práticas vão desde lavagem das mãos, o uso de duchas higiênicas até sabonetes líquidos íntimos.

É possível notar que, as mulheres, em sua grande maioria, adotam medidas de higiene, que além de servir como forma de prevenção de infecções, salientam o quanto se preocupam com o corpo, sendo a principal fonte de renda dessa profissão. Vale ressaltar que, as MPS reforçam que a higiene íntima, não será eficaz, se não for associada ao uso do preservativo.

A estrutura do ambiente de trabalho não permite que as MPS tenham outro tipo de conduta que favoreça a profilaxia de algumas infecções, já que nos quartos dos hotéis não há chuveiro e somente em alguns desses espaços a ducha higiênica está disponível.

3.1.2 Atitude frente ao ato sexual desprotegido

Com relação à atitude que tem ao se depararem com um cliente que deseja realizar o ato sexual sem camisinha, as entrevistadas foram enfáticas quanto à recusa. Diante da

insistência do cliente ao realizar o ato sexual sem proteção, as entrevistadas demonstram firmeza na sua posição evidenciando que elas compreendem os riscos de adquirir uma doença sexualmente transmissível. É interessante observar que o posicionamento das entrevistadas vai desde falas enfáticas e diretas, até a utilização de mecanismos de persuasão: “E a gravidez?”.

> *“Eu falo que não, vamos nos cuidar, eu nem falo de doença, falo de gravidez (...) com os clientes, não posso engravidar, eu não tomo remédio (...) eu falo assim, sem falar diretamente em doença. Mas se o cara insiste muito, aí eu falo: você não tem medo não? E se eu tiver uma doença? E se você pegar uma doença? Eu até alerto o cara: você é louco de fazer isso? (...) Os que querem insiste muito e querem pagar a mais por isso, aí tem hora que eu até estouro (...)” (E4).*
>
> *“Não faço. Pode me oferecer qualquer dinheiro que for, eu não faço (...)” (E6).*
>
> *“(...) o que mais aparece aqui é homem querendo fazer sem camisinha, eu pego e falo que não, que está proibido e realmente está proibido, e que se fosse para fazer sem camisinha não tinha camisinha no nosso quarto.” (E7).*
>
> *“A gente manda ele passear uai, porque na zona ninguém é obrigada a ficar com homem (...). Tem uns que chega e fala que é casado. Eu falo: então você não gosta nem da sua mulher. Mas hoje em dia eles não estão insistindo muito mais não (...)” (E13).*

Frente aos relatos nota-se um grande avanço das MPS’s neste quesito, já que as mesmas compreendem os riscos e exercem o direito de recusar programas com clientes que se negam a utilizar preservativos, mesmo diante daqueles que oferecem pagar à mais pelo programa. Sendo assim, entende-se que para as MPS’s o dinheiro não vale o risco de contrair uma IST, ainda que a possibilidade de remuneração em grande quantidade num curto período de tempo representa um dos principais motivos para o ingresso e permanência nesta profissão (SOARES,2015).

Muitas vezes as relações sexuais para as profissionais do sexo tornam -se desagradáveis em virtude da violação do direito de escolha. Acredita-se que alguns clientes buscam por profissionais que aceitem práticas desprotegidas respaldadas por uma maior oferta financeira. Essa prática do sexo desprotegido está relacionada com a cultura machista ainda está presente na realidade do cotidiano das mulheres, independente da sua posição social e cultural.

O machismo é definido por um conjunto de opiniões e atitudes que se opõem à igualdade de gêneros, favorecendo o sexo masculino em detrimento do feminino. Maia *et al.* (2013) faz essa relação entre a resistência do homem ao uso do preservativo e o machismo apontando que, como culturalmente o homem possui poder sobre a mulher, talvez ele se sinta confortável em negar tudo aquilo que pode ser associado ao empoderamento feminino.

É preciso partir da premissa que os profissionais do sexo, sejam eles homens ou mulheres, precisam desenvolver habilidades que vão além de criatividade para convencer

o cliente à prática do sexo seguro. Essa mudança de comportamento só será possível mediante o reconhecimento do seu lugar na sociedade, resgatando sua cidadania e garantindo seus direitos civis (BRASIL, 1996).

Reconhece-se que há um movimento no sentido de quebrar esses paradigmas a partir da criação de políticas sociais voltadas para a igualdade de gêneros. A mudança do paradigma da dominação do homem sobre a mulher poderá possibilitar o desenvolvimento da capacidade das mulheres em exercer o seu direito de recusa frente às propostas de manter relações sexuais desprotegidas.

3.1.3 Busca pela assistência à saúde

O comparecimento às consultas realizadas pelos profissionais de saúde também foi citado pelas mulheres entrevistadas como uma estratégia de cuidado com a saúde. Observou-se que as entrevistadas procuram consultas médicas e de outros profissionais de saúde diante da exposição às situações que consideram de urgência, tais como o rompimento do preservativo e diante de sinais e sintomas de algumas doenças. Salvo algumas exceções, certas entrevistadas relatam a busca de consultas médicas de caráter preventivo.

> *"Eu não vejo muita necessidade, eu vou quando sinto alguma coisa (...)"* (E4).
>
> *"Quando a gente ver que tá doente mesmo e tal a gente é obrigado a procurar um médico porque a gente ganha dinheiro com o corpo da gente, a gente se sustenta através do corpo da gente (...)"* (E9).
>
> *"Quando a camisinha estoura aí eu vou no posto para tomar remédio, invento uma desculpa e peço o remédio".(*E7).
>
> *"Já aconteceu de estourar a camisinha comigo e fui lá na UPA Leste para tomar coquetel (...) Já tomei umas duas vezes. "* (E9).
>
> *"Eu já peguei uma doença que chamava chato (...) Eu lembro que eu tinha uma ferida no lado assim da vagina e ela coçava (...) Quando o médico abriu eu lembro que ele falou assim: Nossa Senhora! (...)"* (E8).

A não adoção de um comportamento preventivo pode ser atribuída a vários fatores: falta de tempo, ausência de sinais e sintomas, desconhecimento dos riscos e consequências das doenças, como também as dificuldades de comunicar com os profissionais de saúde.

Referente a falta de tempo para busca à assistência, verifica-se que este fator representa um entrave para diferentes segmentos da sociedade, incluindo as mulheres profissionais do sexo.

O Ministério da Saúde tem clareza da problemática que esse fator representa. Conciliar o tempo de trabalho das mulheres com o horário de atendimento do serviço é um dificultador, visto que os serviços públicos de caráter preventivo, como a atenção primária geralmente funcionam concomitante ao horário em que as mulheres fazem seus atendimentos nos hotéis (BRASIL, 2019).

Observa-se um movimento, iniciado em 2019, para que as unidades de saúde estendessem seus horários de atendimento no intuito de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde em caráter preventivo.

Para além da falta de tempo, há uma reflexão importante acerca do comportamento destas mulheres quando as mesmas procuram os serviços de saúde.

O estudo de Paiva *et al.* (2013) evidenciou que as usuárias profissionais do sexo não relatam queixas, ficando as visitas às unidades saúde direcionadas à realização de consultas médicas, tão logo apresentem sinais ou sintomas de patologias, ou para fazer a coleta da citologia oncótica.

Essa premissa pode ser confirmada pelo estudo de Leitão *et al.* (2012) que descreve que as instituições públicas ou privadas não acolhem este público de maneira desejável, o que resulta negativamente no comportamento dessas mulheres em relação à sua saúde.

Outro fator que merece ser discutido é o estigma e o preconceito enfrentado pelas profissionais do sexo por grande parte dos profissionais da saúde (BONADINAM, MACHADO, LOPES, 2012). Por esse motivo muitas mulheres não procuram atendimento adequado, estabelecendo dessa maneira entraves que contribuem para um prejuízo na comunicação entre profissional de saúde e a usuária, afastando cada vez mais esse público da assistência preventiva (BRASIL, 2005).

> *"Só falo quando pergunta alguma coisa que tem que falar. Por exemplo, quando perguntam quantos parceiros eu tenho, aí eu falo é difícil porque eu faço programa (...)" (E4).*
>
> *"(...) quando a camisinha estourou eu não consegui tomar o soro (...) me falaram que não tinha. (...) Me olhou com aquela cara, fique constrangida (...) Prefiro não procurar" (E12).*
>
> *"Tem um pouco de preconceito, por isso eu mesmo nem falo. Eu procuro, mas certas coisas que eu poderia falar eu não falo." (E11).*
>
> *"Não falo nada não, para que? Eu sou prostituta, mas eu transo com camisinha às vezes eu sou mais limpa do que essas mulheres aí fora. Para que eu vou falar para o médico que eu trabalho na zona. Eu acho que se eu me previno não tenho que identificar minha profissão à toa não" (E13).*
>
> *"Só peço para fazer os exames, não falo com ninguém, só chego lá e falo que quero fazer os exames. Quando a camisinha estoura aí eu vou no posto para tomar remédio invento uma desculpa e peço o remédio." (E7).*

Contudo verifica-se que as profissionais do sexo lidam diariamente com diferentes clientes que possuem trajetórias sexuais ignoradas, fato que as classifica como grupo vulnerável (MOURA *et al.,* 2010). Muitos dos fatores de risco estão relacionados à vulnerabilidade, que envolvem desde a baixa autoestima até a falta de informação sobre riscos à saúde, fazendo-se necessário a elaboração de ações afim de alcançar as profissionais do sexo (AQUINO, XIMENES, PINHEIRO, 2010).

Segundo Correa, Holanda (2012), a prostituição feminina se relaciona com temas

variados, tais como a disseminação das IST'S, gênero e sexualidade, abuso de álcool e drogas e violência contra a mulher que se prostitui. Essas mulheres têm seu corpo violado, por meio de agressões, doenças e o próprio destino, pois passam a desconstruir suas relações de proteção, direito individual e coletivo, fazendo com que surjam diversos fatores de risco. Nesse segmento, é possível relacionar tais fatores com o adoecimento psicológico.

O reconhecimento do contexto que envolve o cotidiano das mulheres, como ilustra o relato de uma entrevistada, pode ser um ponto de partida para que os profissionais de saúde encontrem a melhor maneira de assistir as diferentes mulheres e seus diferentes contextos.

> *"Tem duas semanas que não vejo minha filha, ninguém da minha família sabe que trabalho aqui, falo que trabalho em um bar, em um bairro distante."* (E6).

A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, surgiu como afirmação para importância do cuidado integral a saúde da mulher com a intenção de melhorar a qualidade de vida das mesmas em todo seu ciclo vital (BRASIL, 2005), mas ainda há inúmeros desafios para o cumprimento das diretrizes na perspectiva da universalidade.

A relação com risco de doenças que as profissionais podem desenvolver ao longo de sua vida, podendo destacar as com relação a situações ginecológica pode ser alta por ter associação com a condição de vida (BRÊTAS, OLIVEIRA, JUNIOR, 2006). Por esse motivo, a busca ativa dessas mulheres pela atenção primária deve ser realizada, para que ocorra impacto positivo na redução de mortalidade, pois essas mulheres além de profissionais do sexo são cidadãs com diretos a serem preservados e garantidos (BRASIL, 2016).

Nesta proporção os profissionais da área da saúde precisam dispor de atitudes proativas, sem preconceitos frente às profissionais. Devido à vulnerabilidade existente na classe, deve ser capaz de estimular a participação de ações preventivas, como aderir ao tratamento de alguma doença que for acometida durante toda sua vida (BRASIL, 2013).

Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental como educador tendo sempre em vista a realização de ações educativas que busca trabalhar promoção à saúde. Pois o ideal é que a profissional do sexo tenha conhecimento e capacitação, para que a mesma tenha autonomia sobre as práticas a serem realizadas na sua atividade profissional a fim de evitar a contaminação por doenças, melhorando sua qualidade de vida (BRÊTAS, OLIVEIRA, JUNIOR, 2006).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou que o estigma e preconceito da profissão, as condições de trabalho e a limitação de informação acerca do risco de doenças sexualmente transmissíveis são fatores que colaboram para negligência do autocuidado e da adoção de medidas

preventivas pelas mulheres profissionais do sexo.

O não reconhecimento das necessidades desse grupo, por parte dos profissionais de saúde, reflete na maneira como e porque essas mulheres buscam pelos serviços de saúde. O abismo entre o real e o imaginário, revestido pelo preconceito, impede que as mulheres sejam atendidas em toda a sua integralidade, a ponto de poderem ser empoderadas do cuidado real do seu corpo e sua mente.

Embora as profissionais do sexo sejam consideradas uma população vulnerável, observamos que as mesmas são pouco vistas pelos órgãos de saúde pública e pelos pesquisadores da área de saúde de todo o país. Assim, o desconhecimento sobre a problemática vem à tona, dificultando a orientação sobre ações preventivas e participação em programas de promoção à saúde.

Há uma necessidade urgente de refletir a maneira de agir em saúde na prestação da assistência às mulheres, uma vez que as profissionais do sexo, não devem ser julgadas pela profissão que exercem. O profissional da saúde, deverá, em todo momento, tratar essas mulheres de maneira holística, elaborando formas de conquistar a paciente, promovendo a adesão ao tratamento e incentivando a busca pela assistência à saúde.

Através dos achados dessa pesquisa, surge uma questão primordial: a deficiência nas estratégias de saúde e de políticas públicas frente tais profissionais, procurando assim estratégias que visam abranger essas mulheres de maneira eficaz. Portanto, não se deve banalizar o cuidado humanizado, pois a política de humanização traz ao campo da saúde uma assistência de qualidade, articulando desde o acolhimento até a assistência. Tal compreensão é de suma importância para que os profissionais de saúde, junto a essas mulheres, trabalhem de maneira eficiente no cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico. 10ª edição. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

AQUINO, Priscila de Souza; XIMENES, Lorena Barbosa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. Salvador, BA: **Enfermagem em foco**, 2010. v. 1, n. 1, p.18 - p.22. Disponível em: < http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4/5>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**: a visão de Laurence Bardin. São Paulo, SP: Rev. Educ., 2011. Vol. 6, N. 1. Disponível em: < http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>. Acesso em: 07 nov. 2019.

BONADIMAN, Priscila de Oliveira Bolzan; MACHADO, Paula Sandrine; LOPEZ, Laura Cecilia. Práticas de saúde entre prostitutas de segmentos populares da cidade de Santa Maria-RS**:** o cuidado em rede**.** Rio de Janeiro, RJ: **Physis**, 2012. v. 22, n. 2, p. 779-801. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200020&lng=en&nrm=iso.> Acesso em 03 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **UBS que ampliar horário de funcionamento receberá mais recursos federais.** Brasília, DF: 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45344-ubs-que-ampliar-horario-de-funcionamento-recebera-mais-recursos-do-governo-federal>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa. Atenção à Saúde da Mulher. Protocolos da Atenção Básica: **Saúde das Mulheres.** Brasília, DF: 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2ª edição. Brasília, DF: 2013. Cadernos de Atenção Básica nº 13. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_2013.pdf>. Acesso em 25 nov. 2019.

BRASIL. UNAIDS. **Prevenção combinada do HIV.** Brasília, DF: 2018. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/11/preven%C3%A7%C3%A3o_combinada.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Prevenção combinada.** Brasília, DF: 2019. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos** – uma prioridade do governo. Brasília, DF, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual do multiplicador:** Profissional do sexo. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_11.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

BRETAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo; JUNIOR, Wagner Aguiar. **Doenças Sexualmente transmissíveis.** In: BRETAS, José Roberto da Silva; BRETAS, Ana Cristina Passarella; GAMBA, Mônica Antar. Enfermagem e saúde do adulto. São Paulo, SP: Manole, 2006. P. 249 – p. 263.

CORREA, Willian Henrique, HOLANDA, Adriano Furtado. Prostituição e sentido de vida: relações de significado. Itatiba, SP: **Psico-USF**, 2012. v. 17, n. 3. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712012000300009>. Acesso em 04 nov. 2019.

GARCIA, Olga Regina Zigelli; LISBOA, Laura Cristina da Silva. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. Florianópolis, SC: **Texto & contexto enfermagem**, 2012. Vol. 21, n. 3. P. 708 – p. 716. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300028&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo, 2002. Disponível em:<http://home.ufam.edu.br/salomao/Tecnicas%20de%20Pesquisa%20em%20Economia/Textos%20de%20apoio/GIL,%20Antonio%20Carlos%20-%20Como%20elaborar%20projetos%20de%20pesquisa.pdf > Acesso em: 07 nov. 2019.

LEITÃO, Elouyse Fernandes. A prática cotidiana de saúde das profissionais do sexo. 1ª edição. Fortaleza, CE: **Rev.Bras Promoção Saúde**, 2012. Vol.25, n3, p.295 - 304. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2259>. Acesso em: 01 nov. 2019

MAGALHÃES, Rosilane de Lima Brito *et al*. Fatores associados à realização do exame citopatológico em mulheres profissionais do sexo.1ª edição. Salvador, BA: **Rev baiana enferm.,** 2018. Disponível em: < https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25931>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MAIA, Marta; RODRIGUES, Camila. As organizações da sociedade civil na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis em trabalhadoras do sexo, em Portugal. 1ª edição. São Paulo: **Saúde e sociedade**, 2014. V. 23, n. 1, p.77 – p.90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00077.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

MAIA, Carlos Colares *et al.* Influência da cultura machista na educação dos filhos e na prevenção das doenças de transmissão sexual: vozes de mães de adolescentes. 1ª edição. Fortaleza, CE**: Adolescência e Saúde UERJ**, 2013. Vol. 10 n. 4. Disponível em: < http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=421>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica.** 6ª edição. São Paulo, SP: Atlas, 2011.

MAZZO, Alessandra *et al.* Enfermagem na abordagem das infecções geniturinárias. *In:* Associação Brasileira de Enfermagem; BRESCIANI, Helga Regina, MARTINI, Jussara Gue, MAI, Lilian Denise. PROENF Programa de atualização em enfermagem: **Saúde do Adulto: Ciclo 9.** 1ª edição. Porto Alegre, RS: Artmed/Pan-americana, 2014. P. 29 – p. 47. Disponível em: **<**https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Cassini/publication/262765257_Introducao_Enfermagem_na_Abordagem_das_Infeccoes_GenIturInarias_29_ProEnF_Saude_do_Adulto/links/0c960538cae0aaa565000000.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MORAES, Aparecida Fonseca. Corpos normalizados, corpos degradados: os direitos humanos e as classificações sobre a prostituição de adultos e jovens. 1ª edição. Salvador, BA: **XI Conlab**, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9905862-Corpos-normalizados-corpos-degradados-os-direitos-humanos-e-as-classificacoes-sobre-a-prostituicao-de-adultas-e-jovens.html>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MOURA, Ana Debora Assis; *et al*. O comportamento de prostitutas em tempos de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? **Texto Contexto Enfermagem**, vol. 19, n. 3.p. 545-553, jul. /Set. 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300017.pdf >. Acesso em 30 out.2019

MOURA, Ana Débora; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; BARROSO, Grasiela Teixeira. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: **Subsídios para a prática de enfermagem. 1ª edição**. Rio de Janeiro, RJ: Escola Anna Nery, 2009. Vol. 13, n. 3. P. 602 – p. 608. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 nov. 2019.

MUNHOZ, Cláudia Jaqueline Martinez *et al*. Opinião de mulheres sobre sua vida relacionada com a prostituição. 3ª edição. Recife: **Rev Enferm UFPE** online, 2009. Vol. 2, n. 1, p.556 – p.566. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5636/4856>. Acesso em: 26 mar. 2019.

PAIVA, Laécia Lizianne*; et al*. A **vivência das profissionais do sexo Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 467-476, jul./set 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042013000300010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 28 out. 2019.

SCHREINER, Lucas. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. **Revista de Psiquiatria,** v. 26, p. 13-20, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20472.pdf. >. Acesso em: 25 mar.2019

SOARES, João Francisco Selhorst *et al.* A Prostituição Como Profissão: Uma Análise Sob a Ótica das Profissionais do Sexo. 1ª edição. São Paulo: **Rev. Saberes**, 2015. v. 3, n. 2, p.63 - p.75. Disponível em: <https://facsaopaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed3/6.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

CAPÍTULO 8

EFECTIVIDADE DA GESTÃO DE CASOS EM ENFERMAGEM NOS RESULTADOS EM SAÚDE DAS POPULAÇÕES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 05/11/2021

Paulo Jorge Marcos Cruchinho
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Administração em Enfermagem
https://orcid.org/0000-0002-5031-5727

RESUMO: O aumento da prevalência da "Multimorbilidade" em resultado do envelhecimento das populações, tem levado vários países a institucionalizarem a "Gestão de Caso" por enfermeiros para tornarem os sistemas de saúde mais eficientes. Esta revisão de literatura pretende explorar a efetividade da "Gestão de Caso" em enfermagem nos resultados em saúde das populações. A pesquisa de literatura foi realizada na MEDLINE (Plus with Full Text, via PubMed) dirigida a ensaios clínicos realizados para avaliar a efetividade da implementação do "Enfermeiro Gestor de Caso". No total foram obtidos 24 artigos, dos quais foram selecionados sete que responderam aos critérios de inclusão. Um dos estudos demonstrou a efetividade da "Gestão de Caso" por enfermeiros tanto na componente física, como na componente psíquica das pessoas. Outro estudo demonstrou a efetividade na redução das readmissões hospitalares, mas não conseguiu comprovar o efeito na componente mental dos indivíduos. Outro reportou a efetividade em relação à utilização de recursos da saúde e em relação à qualidade dos cuidados prestados. Noutro foi reforçada a efetividade na melhoria da acessibilidade aos serviços e aos recursos de saúde. Outro demonstrou um efeito positivo na redução das idas aos serviços de urgência e no número de consultas médicas em ambulatório. Por último, um demonstrou uma efetividade na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Os resultados permitem afirmar que a "Gestão de Caso" em Enfermagem melhora os resultados das pessoas com "Multimorbilidade" e melhora e eficiência dos sistemas de saúde. É discutida a possibilidade de aprofundamento do escopo da prática de enfermagem, associada à implementação do "Enfermeiro Gestor de Caso" no âmbito das políticas de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: "administração de caso", "enfermagem", "morbilidade", "formulação de políticas", "revisão de literatura".

EFFECTIVITY OF THE NURSING ASE MANAGEMENT IN HEALTH OUTCOMES OF POPULATIONS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The increasing prevalence of "Multimorbidity" because of ageing populations has led several countries to institutionalize "Nursing Case Management" to make health systems more efficient. This literature review explores the effectiveness of "Nursing Case Management" on population health outcomes. The searching was made in the MEDLINE (Plus with Full Text, by PubMed) for clinical trials studies that evaluated the effectiveness of the Nurse Case Manager implementation. We obtained 24 studies which seven met the inclusion criteria. One of the

studies showed the effectiveness of “Case Management” in both physical and psychological components of people. Another study demonstrated the effectiveness in reducing hospital readmissions but failed to prove the effect on the mental care of individuals. Another reported the effectiveness concerning the use of health resources and the quality of care provided. In another, the effectiveness in improving access to health services and resources was reinforced. Another showed a positive effect in reducing visits to emergency services and the number of outpatient medical appointments. Finally, one showed the effectiveness in improving people´s quality of life. The results allowed that “Case Management” in Nursing improves the outcomes of people with Multimorbidity and improves the efficiency of health systems. The possibility of deepening the scope of nursing practice, associated with the implementation the “Case Manager Nurse” in the context of care policies, is discussed.
KEYWORDS: “case management”, “nursing”, “morbidity”, “policy making”, “literature review”.

1 I INTRODUÇÃO

Apesar da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a taxa de internamentos evitáveis em Portugal têm vindo a aumentar desde o ano de 2000 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2019). Isso pode ser justificado, não só pelo aumento do envelhecimento da população (Dimitrovová, Costa, Santana, & Perelman, 2017), mas também pelo aumento das situações de “Multimorbilidade” (Dantas, Santana, Sarmento, & Aguiar, 2016). Estas situações caracterizam-se pela coexistência de duas ou mais condições crónicas numa mesma pessoa e podem ter um grande impacto na sua segurança (Nicholson et al., 2019; OMS, 2016b). Esse impacto está relacionado com múltiplos fatores, designadamente: 1) com a polimedicação, que pode levar não só a um baixo nível de adesão ao regime medicamentoso, como também à ocorrência de eventos adversos; 2) com a necessidade de regimes medicamentosos complexos; 3) com a frequência e a complexidade das interações com dos serviços de saúde conduzindo a uma maior suscetibilidade de falhas na prestação e na coordenação dos cuidados; 4) com a necessidade de uma comunicação clara e a uma centralização nas necessidades das pessoas devido à complexidade das mesmas; 5) com a necessidade de autogestão de regimes complexos e 6) com um conjunto de fatores intrínsecos das pessoas com “Multimorbilidade”, dos quais se destacam os próprios problemas de saúde, a idade avançada, as alterações cognitivas e a reduzida literacia em saúde (Phillips, 2004). Em resultado disso, essas pessoas têm frequentemente uma baixa qualidade de vida (Makovski, Schmitz, Zeegers, Stranges, & van den Akker, 2019), um elevado risco de morte prematura (Rizzuto, Melis, Angleman, Qiu, & Marengoni, 2017) e uma elevada utilização dos serviços de saúde (Quinaz Romana et al., 2019), requerendo uma monitorização e uma intervenção por vários profissionais mais focados nas necessidades com necessidades complexas da pessoa, do que nas próprias condições crónicas (Albreht, Dyakova, Schellevis, & Van den Broucke, 2016).

A “Gestão de Caso” (GC) para pessoas com necessidades complexas resultantes

da “Multimorbilidade”, constitui desde 2016 uma das prioridades globais da Organização Mundial de Saúde na implementação de serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (OMS, 2018a). Como modelo de organização de cuidados, a GC é considerada um modelo individual de “Cuidados Integrados*”* caracterizado por uma coordenação dos cuidados (OMS, 2016a) entre a pessoa cliente e os membros da equipa interdisciplinar e que tem como propósito o aumento da acessibilidade aos cuidados e a melhoria da continuidade e da eficácia da implementação de planos de cuidados individualizados (Palmer et al., 2018). Apesar de incluir diferentes denominações, em diferentes contextos e diferentes condições de saúde (Lukersmith, Millington, & Salvador-Carulla, 2016) é atualmente vista como uma intervenção complexa, detentora duma taxonomia própria de ações (Lukersmith, Fernandez, Millington, & Salvador-Carulla, 2016), classificável na *International Classification of Health Interventions* com o termo *Case Coordination*. Essa taxonomia inclui diversas categorias de ação, designadamente de: 1) envolvimento; 2) avaliação holística; 3) planeamento; 3) ensino; 4) treino e desenvolvimento de competências; 5) suporte emocional e motivacional; 6) aconselhamento e de 7) coordenação e monitorização (Lukersmith, Fernandez, et al., 2016). É implementada no contexto de programas (Ross, Natsha, & Goodwin, 2011) dirigidos a pessoas com necessidades complexas e em resultado da avaliação regular das suas necessidades e do plano de cuidados desenvolvido com os seus cuidadores informais (Rijken et al., 2017). Pode ser implementada por diferentes profissionais de saúde (Joo & Huber, 2014; OCDE, 2015),), mas apesar disso, tem sido recomendado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o desenvolvimento desse papel pelos enfermeiros, para: 1) ajudar a gerir os desafios cada mais crescentes de cuidados de saúde; 2) ajudar os sistemas de saúde a reduzir a dependência do setor hospitalar e 3) aumentar a coordenação e integração dos cuidados (OCDE, 2017). A GC como papel dos enfermeiros começou por ser implementada nos Estados Unidos nos anos 90, por influência da necessidade de controlar e de diminuir os custos relacionados com os cuidados de saúde. (Coben, 1991; Del Togno-Armanasco, Olivas, & Harter, 1989; Sowell & Meadows, 1994).Uma revisão *scoping* realizada com o propósito da identificar os problemas dessa implementação nos Estados Unidos veio revelar: 1) a falta de clareza e de consistência na definição da GC; 2) a falta de um quadro de referência teórico; 3) a falta de *guidelines* para a prática da GC; 4) a indefinição no quando, onde, como deve ser implementada a GC e nas medidas de avaliação do processo e 5) a existência limitada de informação sobre o papel específico dos Enfermeiros Gestores de Caso (EGC) (Joo, & Huber, 2017). Só mais tarde, começou a ser implementada nos países da Europa, tanto em contexto hospitalar como em contexto comunitário (Drennan & Goodman, 2004; Murphy, 2004; Palese, Comuzzi, & Bresadola, 2005). Nalguns países, a criação do EGC foi associada à implementação da “Prática de Enfermagem Avançada” (Gaudelus, 2019; Miguélez-Chamorro et al., 2019). Em 2015, a OCDE recomendou explicitamente que Portugal definisse o papel do EGC dentro do seu sistema de saúde (OCDE, 2015). Pouco tempo depois, com a finalidade de

melhorar o funcionamento e a personalização dos cuidados prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados da *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI), foi criada a GC em Portugal, atribuindo preferencialmente aos enfermeiros o desempenho de "Gestor de Caso" (Secretaria de Estado da Segurança Social e Secretaria de Estado da Saúde, 2017), sem, contudo, se estabelecerem, nem as competências, nem os requisitos específicos deste novo papel. Apesar de a OMS estabelecer, que a GC requere profissionais de saúde altamente qualificados (OMS, 2018a) e de estar a ser utilizada em alguns países da Europa para reforçar o papel dos enfermeiros na prestação e na coordenação dos cuidados a pessoas em situação de "Multimorbilidade" (Nolte & Knai, 2014), torna-se necessário compreender se a GC por enfermeiros é ou não uma intervenção efetiva na resposta às necessidades complexas das pessoas com Multimorbilidade. Como não existe uma definição aceite internacionalmente para GC em enfermagem, adotámos a definição da "Nursing Interventions Classification" (NIC), que define a GC em enfermagem, como uma intervenção de coordenação de cuidados e de apoio para pessoas e populações específicas a fim de: 1) reduzir custos e a utilização de recursos de saúde; 2) melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e 3) obter os resultados em saúde projetados (Bulecheck, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2010). Esta definição tem associado o sub-conceito de "Coordenação de Cuidados" para o qual adotámos a definição da OMS, que define a "Coordenação de Cuidados" como uma abordagem proativa de levar os profissionais e os prestadores de cuidados, a assistir as necessidades das pessoas, como forma de garantir que estas recebem cuidados integrados e centrados ao longo dos vários contextos de saúde (OMS, 2018b). Atendendo a que a implementação de uma política de cuidados assistenciais orientada para a implementação a GC por enfermeiros, requer conhecimento sobre a melhor evidência possível sobre a sua efetividade da sua implementação, formulamos a seguinte questão: *Qual o efeito da GC realizada por enfermeiros nos resultados em saúde das populações?* Consequentemente, estabelecemos como objetivo deste trabalho explorar na literatura científica o efeito da GC em enfermagem nos resultados em saúde das populações.

2 | MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de literatura na MEDLINE (Plus with Full Text), tendo por base a seguinte expressão de pesquisa: *(((care coordination[Title/Abstract]) AND nurse[Title/Abstract]) AND effective[Title/Abstract]) OR (((case management[Title/Abstract]) AND nurse[Title/Abstract]) AND effective*[Title])*. Foram procurados ensaios clínicos realizados para avaliar a efetividade da implementação do EGC. Como a "Coordenação de Cuidados" é um sub-conceito da GC em enfermagem, também foram incluídos os estudos que avaliaram a efetividade da "Coordenação de Cuidados" realizada por enfermeiros. Foram excluídos revisões sistemáticas e protocolos, revisões "scoping" e protocolos e estudos de

custo-eficácia. No total foram obtidos 24 artigos, dos quais foram selecionados sete que responderam aos critérios de inclusão. Todos os artigos selecionados corresponderam a estudos em texto integral, publicados em revistas com revisão por pares no período de 2020 e 2008, todos em inglês.

3 | RESULTADOS

Este trabalho teve como objetivo explorar a literatura científica sobre a efetividade da GC em enfermagem. Um dos estudos demonstrou a efetividade da GC por enfermeiros tanto na componente física, como na componente psíquica das pessoas. É o caso de um estudo recente, realizado na China por Lu et al. (2020), que analisou a efetividade da GC por enfermeiros com indivíduos portadores de "Artrite Reumatóide". Estes autores usaram o "Questionário de Depressão de Taiwan", a "Escala de Autoeficácia na "Artrite" e o nível de limitação física em 28 articulações num estudo com um desenho quase experimental, em que participaram 96 indivíduos, (50 no grupo experimental e 46 no grupo controlo). Os indivíduos do grupo experimental foram expostos a seis sessões de GC por enfermeiros durante seis meses, enquanto que os do grupo de controlo receberam os cuidados habituais durante o mesmo período e foi obtido, que a GC por enfermeiros baixou os níveis de limitação física , assim como o nível de depressão dos indivíduos do grupo experimental (Lu et al., 2020).

Outro estudo demonstrou a efetividade na redução das readmissões hospitalares, mas não conseguiu comprovar o efeito da GC na componente mental dos indivíduos. Os trabalhos de Chow e Wong (2014), analisaram os efeitos de um programa de GC realizado por enfermeiros na preparação da alta, numa amostra de duzentos e oitenta e um idosos com pelo menos duas doenças crónicas, aleatorizados em três grupos: dois grupos de estudo e um grupo de controlo. Esses autores usaram como instrumentos de avaliação a "Short-form Chronic Disease Self-efficacy Scale" para medição da autoeficácia na doença crónica, a "MOS 36-item Short-Form Health Survey" para a qualidade de vida e a "Self-Rated Health Status Scale" para a autoavaliação da saúde. Os dois grupos de estudo receberam intervenções semanalmente durante quatro semanas, com uma abordagem motivacional e de "empowerment" realizada por EGC. As intervenções demonstraram diferenças significativas nas taxas de readmissão hospitalar nos 84 dias após a alta, com os dois grupos de intervenção a apresentaram menores taxas de readmissão e uma autoavaliação e autoeficácia de saúde significativamente melhores do que o grupo controlo. Para além disso, a implementação de intervenções de "empowerment" pelos EGC, contribuíram significativamente para melhorar a autoeficácia dos indivíduos idosos com doenças crónicas. No entanto, não houve, diferenças significativas entre os grupos na componente mental (Chow & Wong, 2014).

Outro reportou a efetividade em relação à utilização de recursos da saúde e em

relação à qualidade dos cuidados prestados. Tratou-se de estudo retrospetivo recente realizado em Espanha por Duarte-Climents et al. (2019), com o objetivo de avaliar o impacto da GC por enfermeiros num conjunto de indicadores como 1) cobertura de cuidados domiciliários, 2) cobertura de cuidadores apoiados; 3) cobertura de "worshops" para cuidadores; 4) consultas na unidade de saúde familiar; 5) hospitalizações, 6) úlceras de pressão e 7) quedas no domicílio, em relação a um período de oito anos. Foi concluído que as áreas geográficas com EGC, para além de apresentarem melhorias nos indicadores que descrevem a gestão do estado clínico dos indivíduos, apresentaram também melhorias, não só na eficiência do uso de recursos de saúde, mas também da qualidade dos cuidados (Duarte-Climents et al., 2019).

Noutro foi reforçada a efetividade na melhoria da acessibilidade aos serviços e aos recursos de saúde. Consistiu num estudo quase-experimental, não randomizado realizado em Espanha por Morales-Asencio et al. (2008), para determinar num grupo de estudo e num grupo de controlo, o efeito da GC em enfermagem com um conjunto de endpoints" (primários: no status funcional, na satisfação e na utilização dos recursos de saúde e secundários: na carga do cuidador, na mortalidade, na institucionalização, na qualidade de vida e na função familiar). Embora este estudo não tenha encontrado diferenças em termos das idas ao serviço de urgência e em termos de reinternamentos hospitalares, concluiu que o modelo de assistência domiciliária que inclua a GC por enfermeiros, tem não só, um impacto positivo na capacidade funcional dos indivíduos, na sobrecarga do cuidador e na satisfação, mas também na acessibilidade aos serviços e recursos de saúde (Morales-Asencio et al., 2008).

Outro demonstrou um efeito positivo na redução das idas aos serviços de urgência e no número de consultas médicas em ambulatório. Na Suécia, Sandberg et al. (2015), investigaram o efeito da GC por enfermeiros na utilização dos cuidados de saúde por indivíduos idosos com mais de 65 anos de idade, dependentes em duas ou mais atividades de vida e com pelo menos dois internamentos ou quatro consultas médicas no último ano. Neste estudo o grupo de intervenção foi formado por 80 indivíduos e o grupo de controlo por 73 e a intervenção de GC incluiu uma visita domiciliária por mês durante um ano, tendo as diferenças entre os dois grupos sido avaliadas antes e depois da intervenção. O grupo intervenção teve, em comparação com o grupo controle, um número médio significativamente menor de idas ao serviço de urgência, que não conduziram a hospitalização e um número médio significativamente menor de consultas médicas em ambulatório 6 a 12 meses após. (Sandberg, Kristensson, Midlöv, & Jakobsson, 2015).

Por último, um outro demonstrou uma efetividade na melhoria da qualidade de vida em doentes oncológicos na Coreia. Tratou-se de um estudo em que Lee et al. (2011), avaliaram a efetividade das intervenções desenvolvidas pelos EGC na qualidade de vida, no tempo de internamento e na satisfação com os cuidados, numa amostra de 78 indivíduos com diagnóstico recente de cancro. Os participantes foram divididos num grupo de controlo

e num grupo de intervenção e a qualidade de vida foi avaliada com o “European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire. Este estudo concluiu que os participantes do grupo experimental relataram aumentos significativos em vários componentes da qualidade de vida e uma melhoria na satisfação com o atendimento e experimentaram internamento mais curtos em comparação com o grupo controlo (Lee et al., 2011).

4 I DISCUSSÃO

Com base nos resultados podemos afirmar que a GC em Enfermagem melhora os resultados das pessoas com “Multimorbilidade” e melhora e eficiência dos sistemas de saúde. Nalguns países a implementação do enfermeiro gestor de caso foi associado a desenvolvimento de uma prática avançada, que pode levar a um redesenho do escopo da prática de enfermagem com a atribuição de algumas atividades dos médicos aos enfermeiros. Tendo em vista o desenvolvimento da profissão, a nossa posição é a de que, a implementação da GC em enfermagem deve levar ao aprofundamento do escopo da prática de enfermagem, ao invés do seu redesenho. Entendemos que o papel de EGC na resposta a pessoas com “Multimorbilidade”, deve ser realizada por enfermeiros especialistas com uma elevada perícia clínica em enfermagem e que sejam capazes de incorporar “mais enfermagem” dentro da GC. Isso significa, que a GC em enfermagem deve preocupar-se em a) atender às experiências e respostas humanas que são foco das intervenções de enfermagem e em b) produzir de intervenções de GC em enfermagem derivadas da teoria de enfermagem que permitam alcançar resultados benéficos para essas experiências e respostas humanas. Segundo a “American Nurses Association” (2010), essas experiências e respostas humanas podem estar relacionadas com: 1) a promoção da saúde e do bem estar; 2) a promoção da segurança e da qualidade de cuidados; 3) os processos de autocuidado e de cuidado e a coordenação de cuidados 3) o conforto físico, emocional e espiritual e o desconforto e dor; 4) os processos de adaptação fisiológicos e fisiopatológicos; 5) as emoções relacionadas com as experiências de nascimento, crescimento e desenvolvimento, saúde, doença e morte; 6) os significados atribuídos à saúde e à doença e outros conceitos; 7) a sensibilidade cultural e linguística; 8) a literacia em saúde; 9) a tomada de decisão e a capacidade de fazer escolhas; 10) os relacionamentos, desempenho de papeis e os processos de mudança dentro dos relacionamentos; 11) as políticas sociais e os seus efeitos na saúde; 10) a relação dos sistemas de saúde com o acesso, custos e a qualidade dos cuidados e 11) o ambiente e prevenção da doença e do dano (American Nurses association, 2010). Para a utilização de teoria para produzir intervenções de enfermagem em resposta à “Multimorbilidade” pode ser seguido o quadro de referência de Ziegler (2005), que recomenda a utilização da teoria para fornecer uma estrutura para a avaliação da pessoa e para identificar dados e conceitos específicos na

situação de cuidados. Posteriormente a teoria é usada para formular hipóteses e para identificar variáveis que podem influenciar as respostas ou experiências das pessoas e assim permitir a produção da intervenção (Ziegler, 2005). Essa é também uma forma de dar visibilidade à investigação em enfermagem, uma vez a intervenção sustentada em teoria, requer uma submissão aos rigorosos processos de investigação.

REFERÊNCIAS

Albreht, T., Dyakova, M., Schellevis, F. G., & Van den Broucke, S. (2016). Many diseases, one model of care? *Journal of Comorbidity*, *6*(1), 12–20. https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.73

American Nurses association. (2010). Knowledge base for nursing practice. In *Nursing´s social policy statement: The essence of the profession* (3rd ed., pp. 13–14). Silver Spring, MD: American Nurses Association. Recuperado de https://cmjantha.files.wordpress.com/2017/06/ana-social-policy-statement.pdf

Bulecheck, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2010). Case management. In *Nursing Interventions Classsification (NIC)* (6th ed., pp. 113–114). St. Louis, MS: Elsevier Mosby. Recuperado de https://books.google.pt/

Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. Y. (2014). A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(10), 2257–2271. https://doi.org/10.1111/jan.12375

Coben, E. L. (1991). Nursing case management. Does it pay? *The Journal of Nursing Administration*, *21*(4), 20–25. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1901355

Dantas, I., Santana, R., Sarmento, J., & Aguiar, P. (2016). The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 348. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1584-2

Del Togno-Armanasco, V., Olivas, G. S., & Harter, S. (1989). Developing an integrated nursing case management model. *Nursing Management*, *20*(10), 26–29. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2586932

Dimitrovová, K., Costa, C., Santana, P., & Perelman, J. (2017). “Evolution and financial cost of socioeconomic inequalities in ambulatory care sensitive conditions: an ecological study for Portugal, 2000–2014.” *International Journal for Equity in Health*, *16*(1), 145. https://doi.org/10.1186/s12939-017-0642-7

Drennan, V., & Goodman, C. (2004). Nurse-led case management for older people with long-term conditions. *British Journal of Community Nursing*, *9*(12), 527–533. https://doi.org/10.12968/bjcn.2004.9.12.17241

Duarte-Climents, G., Sánchez-Gómez, M. B., Rodríguez-Gómez, J. Á., Rodríguez-Álvarez, C., Sierra-López, A., Aguirre-Jaime, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Impact of the Case Management Model through Community Liaison Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(11), 1894. https://doi.org/10.3390/ijerph16111894

Gaudelus, B. (2019). Perspectives pour la pratique avancée en réhabilitation psychosociale. *Soins Psychiatrie*, *40*(325), 25–28. https://doi.org/10.1016/j.spsy.2019.09.006

Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2017). Scoping review of nursing case management in the United States. *Clinical Nursing Research*, *27*(8), 1002–1016. https://doi.org/10.1177/1054773817717861

Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2014). Evidence-based nurse case management practice in community Health. *Professional Case Management*, *19*(6), 265–273. https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000058

Lee, T., Ko, I., Lee, I., Kim, E., Shin, M., Roh, S., … Chang, H. (2011). Effects of Nurse Navigators on Health Outcomes of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, *34*(5), 376–384. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182025007

Lu, M., Guo, H., Livneh, H., Lin, M., Lai, N., & Tsai, T. (2020). The effectiveness of nurse-led case management for patients with rheumatoid arthritis in Taiwan. *International Journal of Clinical Practice*, *74*(2), 1–24. https://doi.org/10.1111/ijcp.13443

Lukersmith, S., Fernandez, A., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). The brain injury case management taxonomy (BICM-T); a classification of community-based case management interventions for a common language. *Disability and Health Journal*, *9*(2), 272–280. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.09.006

Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International Journal of Integrated Care*, *16*(4), 2. https://doi.org/10.5334/ijic.2477

Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, *53*, 100903. https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005

Miguélez-Chamorro, A., Casado-Mora, M. I., Company-Sancho, M. C., Balboa-Blanco, E., Font-Oliver, M. A., & Román-Medina Isabel, I. (2019). Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enfermeria Clinica*, *29*(2), 99–106. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005

Morales-Asencio, J., Gonzalo-Jiménez, E., Martin-Santos, F., Morilla-Herrera, J., Celdráan-Mañas, M., Carrasco, A. M., … Toral-López, I. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Research*, *8*(1), 193. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-193

Murphy, E. (2004). Case management and community matrons for long term conditions. *BMJ*, *329*(7477), 1251–1252. https://doi.org/10.1136/bmj.329.7477.1251

Nicholson, K., Makovski, T. T., Griffith, L. E., Raina, P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019). Multimorbidity and comorbidity revisited: refining the concepts for international health research. *Journal of Clinical Epidemiology*, *105*(January 2018), 142–146. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.09.008

Nolte, E., & Knai, C. (2014). Approaches to chronic disease management in Europe. In E. Nolte, C. Knai, & R. S. Saltamn (Eds.), *Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches* (pp. 23–72). European Observatory on Health Systems and Policies. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health-systems.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Saúde um direito humano: Relatório da Primavera 2019*. Lisboa. Recuperado de http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf

OCDE. (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising standards*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/http://Paris.http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en

OCDE. (2017). Lesson 7. Health literacy helps drive high-value care. In *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality (OECD Reviews of Health Care Quality)* (pp. 40–42). Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9789264267787-en

OMS. (2016a). *Integrated care models: An overview*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

OMS. (2016b). *Multimorbidity: Technical series on safer primary care*. Geneve: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf

OMS. (2018a). *Continuity and coordenation of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Geneve: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1

OMS. (2018b). Glossary. In *Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services* (p. 10). Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/hand le/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Palese, A., Comuzzi, C., & Bresadola, V. (2005). Global Case Management. *Lippincott's Case Management*, *10*(2), 83???92. https://doi.org/10.1097/00129234-200503000-00005

Palmer, K., Marengoni, A., Forjaz, M. J., Jureviciene, E., Laatikainen, T., Mammarella, F., … Onder, G. (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*, *122*(1), 4–11. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006

Phillips, R. L. (2004). Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Quality and Safety in Health Care*, *13*(2), 121–126. https://doi.org/10.1136/qshc.2003.008029

Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Cunha Gonçalves, S., Salvador, M. R., Nunes, B., & Matias Dias, C. (2019). Healthcare use in patients with multimorbidity. *European Journal of Public Health*, *0*(0), 1–7. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz118

Rijken, M., Struckmann, V., van der Heide, I., Hujala, A., Barbabella, F., van Ginneken, E., & Schellevis, F. (2017). Policy brief. In E. Richardson & E. van Ginneken (Eds.), *How to improve care for people with multimorbility in Europe? (Policy Brief, No. 23)* (pp. 9–26). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464549/

Rizzuto, D., Melis, R. J. F., Angleman, S., Qiu, C., & Marengoni, A. (2017). Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *65*(5), 1056–1060. https://doi.org/10.1111/jgs.14868

Ross, S., Natsha, C., & Goodwin, N. (2011). Case management: What it is and how it can best

implemented. *The King´s Fund*, (November), 1–32. Recuperado de https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf

Sandberg, M., Kristensson, J., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2015). Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: a randomized controlled trial (RCT). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *60*(1), 71–81. https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.009

Secretaria de Estado da Segurança Social e Secretaria de Estado da Saúde. (2017). Diário da República, Portaria nº 50/2017 de 2 de fevereiro, 1ª Série, *Nº 24*, 608–629. Recuperado de https://dre.pt/application/conteudo/106388650

Sowell, R. L., & Meadows, T. M. (1994). An integrated case management model: Developing standards, evaluation, and outcome criteria. *Nursing Administration Quarterly*, *18*(2), 53–64. https://doi.org/10.1097/00006216-199401000-00015

Ziegler, S. M. (2005). Strategy for theory-directed nursing practice. In S. M. Ziegler (Ed.), *Theory-directed nursing practice* (2nd ed., pp. 247–284). New York, NY: Springer Publishing Compagny. Recuperado de https://www.amazon.com/Theory-Directed-Nursing-Practice-Shirley-Ziegler/dp/0826176321

CAPÍTULO 9

ESCALA COMPARTILHADA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2021

Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos
http://lattes.cnpq.br/3164987311866892
https://orcid.org/0000-0001-6563-6155

Fabio Biasotto Feitosa
http://lattes.cnpq.br/1926451232944635
https://orcid.org/0000-0001-6440-4993

RESUMO: Objetivo: Descrever um relato de experiência em que a gerência de enfermagem utilizou a participação conjunta dos colaboradores de enfermagem, para construir a escala de trabalho sob um estilo de liderança democrático. Metodologia: O relato de experiência ocorreu no ano de 2019, em um ambiente hospitalar de saúde mental. Para tanto, o autor principal na função de gerente de enfermagem, valeu-se da observação participante e do diário de campo. A construção da escala acontecia por meio de rodas de conversas previamente marcadas, havendo a mediação do supervisor de enfermagem. Resultados: O trabalho relatou as contribuições à prática profissional, através das vantagens e desvantagens do uso da metodologia de escala compartilhada. As vantagens demostraram ganhos para o serviço ao melhorar os relacionamentos interpessoais, flexibilizar o clima organizacional e desenvolver a cultura da cooperação entre os colaboradores de enfermagem. Porém, as desvantagens apresentaram ao gestor de enfermagem outros desafios, que talvez com a incorporação de elementos presentes na liderança situacional possa auxiliar a enfrentá-los. Conclusões: Concluímos que a escala compartilhada foi viável de ser utilizada no serviço de enfermagem em saúde mental. Todavia, não descartamos a necessidade de pesquisas de campo para que se possa aprofundar sobre assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Escala Compartilhada, Gerência de Enfermagem, Trabalho em Equipe.

SHARED SCALE OF NURSING IN MENTAL HEALTH: AN EXPERIENCE ACCOUNT

ABSTRACT: Objective: To describe an experience account in the management of nursing used the joint participation of employees of nursing, to build the scale of work under a democratic leadership style. Methodology: the experience occurred in the year 2019, at a hospital environment of mental health. The main author played both, the role of nursing manager, and participant-observer completing the field diary. The construction of the scale happened by means of wheels of conversations marked previously, with the mediation of the nursing supervisor. Results: The study reported the contributions to professional practice, through the advantages and disadvantages of using the methodology of shared scale. The advantages demonstrated gains for the service: to improve interpersonal relationships, easing the organizational climate and develop a culture of cooperation among the employees of nursing. However, the disadvantages presented to the nursing manager other challenges, that perhaps can be faced with the incorporation of elements present in situational leadership. Conclusions:

We conclude that the scale of work under a democratic leadership style was feasible to be used in the service of nursing in mental health. However, we do not disregard the need of researches to deepen on the subject.
KEYWORDS: Shared Scale, Nursing Management, Teamwork.

ESCALA COMPARTIDA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: UN RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN: Objetivo: Describir un relato de experiencia en la gestión de enfermería qué utiliza la participación conjunta de los empleados de enfermería, para construir la escala de trabajo bajo un estilo de liderazgo democrático. Metodología: El informe de la experiencia se produjo en el año 2019, en un hospital de salud mental. Así, el principal autor en el rol de gestor de enfermería, él utilizó la observación participante y el diario de campo. La construcción de la escala ocurrió por medio de ruedas de conversaciones marcadas anteriormente, con la mediación del supervisor de enfermería. Resultados: El estudio reporta los aportes a la práctica profesional, a través de las ventajas y desventajas del uso de la metodología de la escala compartida. Las ventajas demostradas ganancias para el servicio para mejorar las relaciones interpersonales, suavizando el clima organizacional y desarrollar una cultura de cooperación entre los empleados de enfermería. Sin embargo, los inconvenientes presentados al gerente de enfermería otros desafíos, que quizás con la incorporación de elementos presentes en el liderazgo situacional puede ayudarle a enfrentarse a ellos. Conclusiones: Concluimos que la escala compartida era factible que se utiliza en el servicio de enfermería en salud mental. No obstante, no podemos olvidar la necesidad de la investigación de campo para profundizar en el tema.
PALABRAS CLAVE: Escala compartida, Gestión de enfermería, Trabajo en equipo.

DESVELANDO A TEORIA COM A PRÁTICA

A maneira de administrar e organizar o trabalho de enfermagem tem fortes influências das teorias clássicas de Fayol e Taylor, em que o foco é a hierarquia, burocracia, alta produtividade e aproveitamento máximo do tempo do colaborador de enfermagem[1]. No Brasil, a Lei n. 7.498/86 e seu Decreto - Regulamentador n. 94.406/87, que definem as competências do enfermeiro, preocuparam-se em instituí-lo como um chefe do cuidado de enfermagem e não como líder[2,3].

A lei considera o enfermeiro como chefe da enfermagem, termo que remete ao exercício de poder e autoridade, para manter a burocracia e as imposições regimentais de maneira impessoal. Por outro lado, ser líder implica em motivar pessoas para fazerem livremente o melhor possível no trabalho, atendendo às necessidades dos colaboradores[1].

A liderança pode ser definida como a habilidade de influenciar pessoas para trabalharem entusiasticamente com o intuito de atingir objetivos identificados como importantes para o sucesso da organização de saúde. Quando o líder mantém um estilo de liderança democrático, conduz e orienta sua equipe, incentivando a participação coletiva

e a criatividade no trabalho. Havendo o cultivo de um clima organizacional pautado na amizade, cordialidade e compromisso com o serviço. Como resultado, os colaboradores de enfermagem desenvolvem nítidos sentimentos de responsabilidade e comprometimento com seu trabalho[1].

Exercer a liderança permeia as ações do enfermeiro que atualmente ocupa cargos de gerência em serviços de enfermagem. Quando guiados pelas relações interpessoais adequadas, os liderados sentem estar em um clima de trabalho amistoso, em que o respeito e a confiança são considerados importantes. Assim, o clima organizacional desejado suscita negociações efetivas, saudáveis e harmônicas, entre as necessidades dos serviços e dos colaboradores de enfermagem[1].

Uma situação cotidiana que pode demandar negociações efetivas é o turno de trabalho com suas características próprias. A peculiaridade do serviço de enfermagem é exercida por profissionais de diferentes formações (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), sob coordenação do enfermeiro, que são desafiados pelo desenvolvimento de processos de trabalhos rigorosos e pela necessidade de sua presença contínua à beira do leito. Para manter esta continuidade em cuidados em saúde, é necessária a realização de turnos ininterruptos de remanejamento, plantões em finais de semana, noturnos e feriados[4].

Diante desses desafios, a gestão compartilhada tem o potencial de criar espaços compartilhados de poder, a partir do estilo de liderança democrática. O que significa dizer que todos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho possam participar, aprender, decidir e ter maior compromisso com o serviço juntamente com o gerente de enfermagem. A maneira de gerir de forma compartilhada possibilita a construção do trabalho coletivo, sendo uma opção efetiva para lidar de maneira mais adequada com a competividade e complexidade do trabalho em equipe[5]. A gestão compartilhada desenvolve nos colaboradores de enfermagem o comprometimento e pertencimento aos processos de trabalho da organização de saúde.

A fim de garantir a construção de uma escala que promova a assistência de enfermagem de alta qualidade, a elaboração da chamada escala de trabalho da enfermagem é privativa do enfermeiro gestor, servindo para planejar o dimensionamento do pessoal nos horários de serviço e exigindo administrar os fatores intervenientes na sua elaboração e execução, a saber: quantitativo de funcionários, carga horária, licenças médicas, turnos, limitações e produtividade dos funcionários envolvidos, relação entre funcionários escalados, grau de dependência dos pacientes e complexidade das clínicas[6]. Também é necessário considerar questões de ordens trabalhistas, de influência da organização, da vida pessoal do colaborador de enfermagem e relacionamento entre os membros da equipe[7].

A escala de trabalho em enfermagem é, portanto, corriqueiramente utilizada nos serviços de enfermagem por enfermeiros gestores, o que justifica maior atenção para a

forma como é elaborada, compartilhada e democrática ou de maneira autocrática. Ela é construída com o objetivo de organizar o serviço e alocar recursos humanos com equidade, de forma que se mantenha a continuidade da assistência de enfermagem em turnos ininterruptos com prestação de serviço de saúde com alta qualidade.

Na saúde mental, o serviço prestado segue o compartilhamento das responsabilidades e atribuições multiprofissionais. O apoio mútuo entre os profissionais de saúde mental pode favorecer a constituição do estilo de liderança democrática, uma vez que é uma área direcionada às relações interpessoais e participação coletiva da equipe na prestação do serviço de saúde.

Apesar disso, os desafios para a elaboração e execução da escala trabalho de enfermagem na área da saúde mental continuam. Por ser um sistema coeso, existindo mudanças em um dos integrantes da escala, provocar-se-iam alterações no conjunto todo e vice-versa. Logo, observa-se que a referida escala não é apenas uma soma das partes, mas um todo coeso em sua complexidade e organização[8], o que reforça a necessidade de receber mais atenção de profissionais da enfermagem, gestores e pesquisadores da saúde.

Ainda, convém lembrar que os sujeitos da escala mantêm suas singularidades e necessidades, que o gerente de enfermagem, orientado por relações humanas, precisa desdobrar peculiar atenção, pois a escala é operacionalizada por humanos e suas relações estabelecidas em um contexto social, e não por meros objetos descaracterizados e impessoais.

Pensando nisso, torna-se viável experimentar a implementação da metodologia de Escala Compartilhada (EC) nos serviços de saúde mental, que também funcionam com assistência contínua e ininterrupta. A literatura não aborda a EC de maneira específica e a mesma carece de uma definição conceitual mais precisa e consolidada, o que novamente só reforça a necessidade de receber mais atenção por parte dos pesquisadores. Porém, podemos defini-la à luz das teorias da gestão compartilhada e relações humanas. Nesse sentido a EC seria uma reunião com um grupo de trabalhadores, por categoria, com o intuito de construir a sua escala de trabalho mensal, sob a mediação do gerente[1,5].

Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo descrever um relato de experiência em que a gerência de enfermagem, de um serviço hospitalar de saúde mental, utilizou a participação conjunta dos colaboradores de enfermagem para construir a escala de trabalho sob um estilo de liderança democrática. Um relato de experiência é uma método de pesquisa que prioriza a subjetividade nos relatos, fundamentados em um contexto profissional ao abordar conhecimentos vindos do saber prático[9]. Por isso da escolha deste método, o que lhe torna pertinente para relatar a experiência e fomentar reflexões críticas.

RELATANDO A AÇÃO

A instituição de foco deste trabalho é um serviço de saúde mental hospitalar, localizado na Amazônia Legal, Brasil. Um serviço hospitalar de saúde mental tem leitos destinados ao tratamento especializado em psiquiatria por regime de internação[10].

Este relato de experiência ocorreu no ano de 2019 em um contexto em que administração clássica imperava como filosofia do serviço de enfermagem, neste hospital. A escala de trabalho da equipe de enfermagem era centrada na figura do gerente de enfermagem, sendo concebida pelos demais colaboradores de enfermagem como ferramenta de poder, em que o gerente punia ou gratificava por meio dela. Consequentemente, criava-se um clima organizacional tenso, cheio de conflitos interpessoais e insatisfação dos trabalhadores por sua escala de trabalho.

Observando isso, o autor principal desta experiência, quando na época assumiu a função de gerente de enfermagem da instituição em estudo, investiu esforços para alterar a cultura organizacional assumindo um estilo de liderança mais democrático e menos autocrático, com a participação dos colaboradores nas construções e transformações dos processos de trabalho inerentes à enfermagem. Com esse intuito, utilizou-se da metodologia de EC para construir as escalas de trabalho dos profissionais de enfermagem desta organização de saúde. Deste modo, na função de observador-participante, fez registros sobre suas próprias ações profissionais de intervenção organizacional, em que observava a relação da EC em contribuir com a diminuição dos conflitos, e o desenvolvimento da cultura de companheirismo profissional. Através da observação-participante, mediante uso de diário de campo, o autor principal subsidiou a avaliação do uso da EC.

A metodologia de EC em enfermagem foi inovadora nessa instituição, visto que a construção das escalas de trabalho do próximo mês, numa determinada altura da história da instituição, realizou-se com a participação coletiva de gestão e colaboradores. Por meio da EC, o colaborador de enfermagem pôde negociar com os demais integrantes da escala e o gerente de enfermagem suas necessidades e particularidades no serviço de enfermagem em saúde mental. Houve percepção de sentimento de pertencimento ao processo de trabalho da instituição, o que colaborou para o aumento da autoestima dos colaboradores.

Para a confecção da referida EC, foram seguidos os seguintes passos:

- Agendamento prévio de roda de conversa com setores: Emergência Psiquiátrica, Ambulatório de Saúde Mental, Enfermaria Masculina e Enfermaria Feminina.
- O supervisor de enfermagem elaborava uma escala prévia com as cargas horárias dos profissionais de enfermagem, respeitando as folgas semanais e legislação trabalhista vigente.
- No dia da roda de conversa agendada previamente, foi realizada a adaptação ou (re)construção da escala construída pelo supervisor de enfermagem, sob

ciência do gerente de enfermagem, com seus colaboradores, divididos por setores, onde a equipe de enfermagem de cada setor analisou suas escalas e demandas por mudanças, adequações e soluções; aqui foi projetada em *data show* a escala, e assim é (re)construída ou/e aprovada. Também pode ser utilizada uma escala em branco (ver anexo) para os profissionais confeccionarem (esta estratégia é efetiva com os enfermeiros, pois na maioria das vezes eles transitam por mais de um setor no mês, devido à rotatividade do serviço de saúde mental).

- Houve o encerramento com ata, colhimento das assinaturas como acordo coletivo sobre a escala e agendamento para o próximo encontro para construção da escala do mês seguinte.

CONTRIBUIÇÕES DA ESCALA COMPARTILHADA NA GESTÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Mediante a observação participante, leitura minuciosa das atas das reuniões e dados colhidos do diário de campo, como demostra o Quadro 1, apresentamos as vantagens e desvantagem da metodologia de EC no serviço de saúde mental, pela gerência de enfermagem.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
- Metodologia inovadora e pertinente ao contexto da saúde mental. - Diminuição do absenteísmo na equipe e dos conflitos interpessoais procedentes da insatisfação pela escala; - O profissional de enfermagem sente-se valorizado e pertencente ao processo de construir sua escala; - O profissional de enfermagem compreende as dificuldades em elaborar uma escala; - Os profissionais de enfermagem se engajam em deixar a escala o mais completa possível; - Transparência na elaboração da escala, pois diminuem os possíveis privilégios e favoritismo para apenas um membro da escala; - Clima organizacional permeado pelas relações interpessoais; - Apoio à cultura da solidariedade e companheirismo entre os profissionais; - Aprender a cultivar no serviço a generosidade e compreender os colegas de trabalho.	- Se o gerente de enfermagem não tiver liderança e objetivos definidos (domínio na construção da escala) durante a construção da escala, haverá dispersão do grupo; - Necessidade de muito tempo, pois é necessário ouvir cada participante; - Eventos não previstos (atestados médicos, lotação de novos funcionários pela administração pública etc.) podem levar o gerente de enfermagem a quebrar o acordo e não ser bem visto pelos colaboradores que se sentem traídos; - Serviços de saúde com um quantitativo profissional grande torna o uso da escala compartilhada inviável; - Colaboradores de enfermagem se sentem confiantes por terem “controle”, o que a longo prazo pode ser prejudicial ao serviço.

QUADRO 1: Vantagens e desvantagens da escala compartilhada em um serviço hospitalar de enfermagem em saúde mental.

REFLEXÃO

A administração clássica de estrutura verticalizada, em que o poder é centrado no

enfermeiro, pode oferecer dificuldades para que a liderança desenvolva um trabalho que conduza a equipe de enfermagem para um desenvolvimento criativo e produtivo. Todavia, uma gestão democrática proporciona ao serviço a participação dos colaboradores de saúde na gestão, valorização profissional e fortalecimento das relações humanas[5].

A gestão democrática promove o desenvolvimento da autonomia profissional, satisfação com o ambiente de trabalho e maior comprometimento dos profissionais com o serviço. Ela é possível com a comunicação efetiva e que estabeleça uma relação dialógica com a equipe de enfermagem[11].

Quando se utiliza a metodologia de EC, é possível superar os conflitos e estimular a continuidade da aprendizagem da equipe de enfermagem em relação a atitudes comportamentais e interpessoais mais saudáveis. A EC proporciona diminuição do estresse laboral, fortalecimento das relações e vínculos profissionais, e flexibilização do processo de trabalho em enfermagem. Além de favorecer a construção de espaços mais participativos, por viabilizar a equipe a tomar decisões coletivas e compartilhadas, possibilitando o comprometimento com o acordo pactuado, mesmo havendo divergência de opiniões[5].

Todos esses aspectos foram condizentes com as vantagens evidenciadas durante a experiência de, neste trabalho, elaborar e executar uma EC. Como contribuições positivas, podem ser sintetizadas em categorias que aludem ao processo de trabalho em enfermagem, relacionamentos interpessoais, valorização do profissional e mudança no clima e cultura organizacional.

É importante frisar que a EC não retira a competência do gerente de enfermagem na sua elaboração[6], tão somente insere a participação da equipe de enfermagem. Ademais, a EC descontrói o paradigma de que apenas o gerente é detentor do poder de decisão sobre a escala, tornando-se um artifício mais leve e maleável, não visto como uma oportunidade para punição, mas de contribuição profissional e pertencimento ao grupo de trabalho[5].

A EC permite a horizontalidade nas relações de trabalho entre gerência de enfermagem e sua equipe[5], colaborando para que o gerente de enfermagem seja reconhecido como líder democrático. Todavia, as desvantagens encontradas neste trabalho apresentam ao gestor de enfermagem outros desafios, como o manejo e a experiência em gestão. Devido ao fato de que as desvantagens foram oriundas de causas e/ou consequências de mudanças ou/e situações não previsíveis. Talvez a incorporação dos elementos presentes no conceito de liderança situacional possa ser a chave para a resposta no caminho a trilhar, sem perder de vista as vantagens observadas pela implantação da EC. A liderança situacional pode orientar o gerente de enfermagem, na adoção de um determinado comportamento de liderança a depender da situação[12].

CONSIDERAÇÃO FINAL

A EC é uma metodologia inovadora a ser utilizada no serviço de enfermagem em

saúde mental, podendo contribuir para a diminuição dos conflitos interpessoais, favorecendo o trabalho em equipe, desenvolvimento e crescimento profissional/pessoal e estímulo ao pensamento crítico-reflexível sobre as configurações do trabalho em enfermagem. A EC contribui para o planejamento, direção e organização do serviço de enfermagem nas instituições de saúde mental, com assistência de enfermagem ininterrupta.

Pelo presente trabalho foram relatadas as vantagens da prática profissional fundamentada na EC, enquanto que as desvantagens podem ser lidadas adequadamente de maneira situacional. As vantagens demostraram ganhos para o serviço ao melhorar os relacionamentos interpessoais, flexibilizar o clima organizacional e desenvolver a cultura da cooperação. Porém, as desvantagens exigirão do gestor de enfermagem a incorporação de elementos presentes na liderança situacional para que possa persistir na condução da EC.

Portanto, concluímos que a EC foi viável de ser utilizada no serviço de enfermagem em saúde mental. Todavia, não descartamos a necessidade de pesquisas de campo que, fomentadas por novas questões, permitam o aprofundamento sobre o assunto bem como a consolidação de práticas em enfermagem em que a EC seja incluída.

REFERÊNCIAS

1. Campos FAAC, Schlindwein VLDC . As teorias de lideranças aplicadas ao contexto da enfermagem: uma revisão. Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho/RO, 2014. Disponível: <https://www.researchgate.net/publication/340538711_AS_TEORIAS_DE_LIDERANCAS_APLICADAS_AO_CONTEXTO_DA_ENFERMAGEM_UMA_REVISAO>

2. Brasil. Presidência da República. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem.

3. Brasil. Presidência da República. Decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

4. Freitas GF, Fugulin FMT, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev da Esc Enferm da USP. 2006; 40(3): 434–8.

5. Penedo RM, Gonçalo CS, Queluz DPQ. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. Interface. 2019; 23(e170451): 1–15.

6. Souza GPS, Freitas GF, Prado C, Leite MMJ, Pereira IM. A problemática da elaboração da escala mensal de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1): 137–41.

7. Jullan CMCM, Kurcgant P. Software educacional sobre escala de pessoal de enfermagem: Elaboração, desenvolvimento e aplicação via internet. Rev Lat Am Enfermagem. 2007; 15(4): 639–44.

8. Campos FAAC. Protocolo de registro en terapia familiar para salud mental (PRTF-SM1). Rev Uruguaya Enfermería. 2019; 14(2): 15–33.

9. Campos FAAC. O portfólio como ferramenta de ensino na graduação de enfermagem. 2016. Disponível: < https://www.researchgate.net/publication/340539250_O_PORTFOLIO_COMO_FERRAMENTA_DE_ENSINO_NA_GRADUACAO_DE_ENFERMAGEM >

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

11. Copelli S, Hannah F, Oliveira T, Juliane R, Luís J, Magalhães LP et al. Gerência do cuidado e governança de enfermagem em uma maternidade: teoria fundamentada. Rev Bras Enferm. 2017; 70(6): 1347–53.

12. Goncalves HS, Mota CMM. Liderança situacional em gestão de projetos: uma revisão da literatura. Prod. 2011; 21(3): 404-416.

ANEXO

ESCALA COMPATILHADA DO SETOR:________________________ MÊS:________________ ANO:__________

Dias do Mês / Profissionais de enfermagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

CAPÍTULO 10

FORMAÇÃO E PRÁTICA DO DOCENTE DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 13/09/2021

Bruna de Souza Francisco
Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica e UTI Neonatal e Pediátrica (CENSUPEG-SC), Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Hospital Florianópolis
http://lattes.cnpq.br/3505922813415158

Vânia Marli Schubert Backes
Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular Aposentada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Visitante no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR. Pesquisadora CNPq 1C
https://orcid.org/0000-0002-8898-8521

Jouhanna do Carmo Menegaz
Enfermeira. Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Chapecó, SC
https://orcid.org/0000-0002-7655-9826

RESUMO: Objetivo: Compreender como os enfermeiros docentes de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica de um estado do sul do Brasil têm se preparado para o exercício da docência. **Método**: Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no período entre abril e junho de 2016, com dez enfermeiros docentes de instituições de ensino superior de Santa Catarina que tinham o curso de Enfermagem Obstétrica cadastrados no Ministério da Educação. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e os dados analisados através da Análise de Conteúdo proposta por Minayo sob a luz do referencial teórico de Lee Shulman. **Resultados:** emergiram três categorias principais e oito subcategorias que falam sobre a formação do docente, sua relação com a prática assistencial e com a instituição de ensino superior em que trabalha. **Conclusão:** a docência deve ser entendida como uma prática de aperfeiçoamento e busca contínua por novas evidências científicas, metodológicas e didáticas para o exercício da docência. A prática assistencial foi considerada essencial para que o professor consiga exercer a docência no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Há grande fragilidade no vínculo estabelecido entre a Instituição de Ensino Superior e os docentes, bem como desvalorização profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Docência. Educação em Enfermagem. Enfermeiras Obstétricas.

TRAINING AND PRACTICE OF THE SPECIALIZATION TEACHER IN OBSTETRIC NURSING

ABSTRACT: Objective: To understand how nurses who are professors of specialization courses in Obstetric Nursing in a state in southern Brazil have been prepared for teaching practice. **Method**: Descriptive exploratory study with a qualitative approach, developed in the period between April and June 2016, with ten teaching nurses from higher education institutions in Santa Catarina who had the Obstetric Nursing course registered with the Ministry of Education. Data collection was carried out through semi-structured interviews and the data analyzed through Content Analysis proposed by Minayo under the light of Lee Shulman's theoretical framework. **Results**: three main categories and eight subcategories emerged that talk about teacher education, its relationship with care practice and with the higher education institution where they work. **Conclusion**: teaching should be understood as a practice of improvement and continuous search for new scientific, methodological and didactic evidence for the practice of teaching. The care practice was considered essential for the professor to be able to teach in the Specialization Course in Obstetric Nursing. There is great weakness in the bond established between the Higher Education Institution and the teachers, as well as professional devaluation.

KEYWORDS: Nursing. Teaching. Nursing Education. Obstetric Nurses.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de parir passou por diversas mudanças com o decorrer dos séculos, principalmente com o avanço da ciência. Ainda atualmente, podemos vivenciar tais mudanças no cotidiano dos profissionais que trabalham nesta área, bem como na formação dos mesmos.

A assistência ao parto nos primórdios da humanidade acontecia no seio familiar da parturiente, com poucas intervenções e ajuda de parteiras que utilizavam ensinamentos de seus antepassados, respeitando a fisiologia da mulher. Com o passar dos anos, este cuidado passou a ser uma rotina institucionalizada, tornando-se tecnicista e de domínio médico (KAPPAUN; COSTA, 2020). Mesmo com o avanço da medicina, a preocupação com a mortalidade materno-infantil era presente. Em 2003, de 120 milhões de gestações, mais de um milhão de mulheres morriam por complicações obstétricas e pelo menos 1,2 milhão de recém-nascidos iam a óbito por complicações durante o parto. Esses dados alertaram a Organização Mundial da Saúde que a partir de 1985 iniciou uma reflexão mundial sobre a mortalidade materno-fetal e os esforços para reduzir tais taxas foram redobrados (COSTA; SCHIRMER, 2012; PUCCINI, 2018).

A partir desse evento, o Ministério da Saúde propôs a construção de um “Novo Modelo de Atenção à Saúde da Mulher no País”. Este novo modelo teve como fundamento a necessidade de formar profissionais qualificados para a assistência ao parto e nascimento a fim de implantar as recomendações da OMS para a prática do parto normal. Esses profissionais embasados na humanização do parto e nascimento são os enfermeiros

obstétricos, uma vez que são reconhecidos como sendo melhor capacitados e embasados nas diretrizes do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, e oferecem assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento, reduzindo as altas taxas de mortalidade materno-fetal (COSTA; SCHIRMER, 2012).

Foi apenas a partir do século XIX que as parteiras tiveram sua profissão formalizada junto às escolas médicas, porém sua formação ainda era controlada pelos médicos. A titulação de enfermeiras obstétricas veio apenas no ano de 1922, no curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (SENA et al., 2012).

Partindo dessa premissa, é notável um crescente avanço no que diz respeito à formação e procura por cursos que formem enfermeiros especialistas, com vistas a atender a demanda de assistência cada vez maior nesta área e diminuir as gritantes taxas de mortalidade materno-infantil. Esta procura também se firma devido às grandes mudanças nas políticas assistenciais em saúde da mulher e do recém-nascido nos últimos anos. Temos como exemplo a criação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2000 (BRASIL, 2000) e a instituição da Rede Cegonha em 2011, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto, puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Apesar da criação de tais políticas assistenciais que visam a redução da mortalidade materno-fetal, bem como a diminuição da violência obstétrica e cesarianas, é preciso mudar a realidade da obstetrícia do Brasil, tão enraizada culturalmente na visão tecnicista e hospitalocêntrica. A formação de enfermeiros obstétricos vem justamente ao encontro das políticas assistenciais na área em questão, buscando firmemente a diminuição das altas taxas de cesarianas no Brasil, lutando pelo parto natural e humanizado que respeita a fisiologia da mulher.

Porém, para formar enfermeiros especialistas qualificados e embasados nas diretrizes da OMS e evidências científicas na área da obstetrícia, precisamos voltar nossa atenção aos profissionais que os formam: os docentes (BACKES, MENEGAZ, MEDINA-MOYA, 2019). Estes profissionais são os próprios enfermeiros que precisam estar suficientemente embasados e possuir uma prática pedagógica que forme enfermeiros especialistas com vistas a atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estes enfermeiros docentes precisam aderir ao processo de mudança cada vez mais presente na obstetrícia e possuir uma formação voltada para a área e um preparo para o exercício da docência na Enfermagem. A docência requer um preparo inerente ao seu exercício, como em qualquer outra profissão. Assim, enfermeiros docentes devem ter os conhecimentos e habilidades exigidas a fim de poder desempenhar de forma adequada suas funções (BARBOSA, VIANA, 2008).

Nos últimos anos, a docência na área da enfermagem se ampliou para o profissional recém egresso, evidenciado pelo aumento do número de instituições de ensino tanto de

nível técnico como superior. Porém não é notável uma preocupação com relação à essa atuação do enfermeiro na área da docência (FERREIRA JÚNIOR, 2008).

Assim, considerando o exposto e entendendo que muitos destes docentes refletiram e adaptaram sua prática com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), investimos na necessidade de atenção e estudos com vistas às ações de formação dos docentes de especialização em Enfermagem Obstétrica. É relevante salientar que existem poucos estudos nessa área em específico e nota-se uma crescente procura pela formação de novos Enfermeiros Obstetras para atender às necessidades das políticas públicas brasileiras.

Este estudo teve como objetivo compreender como os enfermeiros docentes de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica de um estado do sul do Brasil têm se preparado para o exercício da docência.

2 I MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e abordagem exploratório-descritiva, realizada com dez enfermeiros docentes de especialização em enfermagem obstétrica. Selecionou-se todas as Instituições de Ensino Superior (IES) cadastradas no MEC, que ofereciam cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica em Santa Catarina no ano de 2016. Ao todo, seis IES estavam com tais cursos ativos cadastrados, porém seus nomes não serão divulgados com a finalidade de respeitar a privacidade das mesmas.

Foram disparados e-mails às IES convidando-as a participar deste estudo, fornecendo os contatos dos docentes que ministravam aulas em tal especialização. Das seis, apenas três retornaram à pesquisadora no prazo estipulado (duas semanas): destas, duas forneceram os contatos dos docentes e uma não havia aberto tal curso em Santa Catarina, apesar de estar cadastrado no MEC. Com os contatos em mãos, foram enviados e-mails a vinte e três docentes convidando-os a participar do presente estudo. Destes, dez docentes aceitaram participar, porém apenas oito enquadraram-se nos critérios de inclusão estabelecidos: enfermeiros docentes que ministrem ou tenham ministrado disciplinas teóricas, teórico-práticas e estágios, nos últimos cinco anos, voltadas para a Saúde da Mulher e do Recém-Nascido em cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica.

Ainda, associamos num segundo momento, para a coleta de dados, o método “Bola de neve”. A técnica “bola de neve” é realizada por meio da seleção dos primeiros participantes, e estes indicam novos participantes que por sua vez indicam outros participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançada a saturação teórica (WHA, 1994). Através desse método, mais dois docentes foram indicados a participar desta pesquisa. A saturação teórica foi alcançada com o total de dez participantes.

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas realizadas

pela própria pesquisadora, agendadas previamente de acordo com a disponibilidade e em local apropriado aos participantes, no período de abril a junho de 2016. As entrevistas abrangeram questões sobre a caracterização inicial do docente (formação, vínculos empregatícios, tempo de formação) e as ações de formação utilizadas pelos mesmos, tendo duração de 30 à 60 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio digital e transcritas na íntegra.

Após esta etapa, as entrevistas foram analisadas por meio da análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2010) em três fases: Pré-análise, onde foram realizadas leituras das entrevistas e organizado o material para análise posterior; Exploração do material, os dados foram lidos e relidos a fim de identificar as principais categorias, agrupando-os manualmente a partir de similaridades e diferença de ideias; e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados foram interpretados à luz de Lee S. Shulman e autores da área em questão.

Shulman atua como pesquisador e professor de psicologia na Universidade de Standford, Califórnia. Ao longo de sua carreira, estudou sobre o conhecimento específico da matéria e o saber pedagógico do docente, onde tenta compreender a diferença de entendimento e das práticas pedagógicas de um professor para o outro. Suas pesquisas têm como principal objetivo o processo de ensino-aprendizagem e formação docente destacando como uma de suas contribuições teóricas o conceito de Conhecimento Pedagógico de Conteúdo (*pedagogical contente knowledge*) (SHULMAN, 2005).

Para garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados com a letra ‘D’, seguido de numeral arábico conforme a ordem que foram entrevistados. Todos os participantes foram esclarecidos sobre sua forma de participação e direitos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa seguiu todas as recomendações e preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 1.599.480.

3 | RESULTADOS

A análise sóciodemográfica dos participantes do estudo revelou que todos os participantes são do sexo feminino (100%), a faixa etária dos participantes oscilou entre 28 e 60 anos. Com relação a escolaridade, a maior parte dos participantes possui mestrado e doutorado (70%), sendo que apenas três docentes possuem apenas a especialização como formação.

Das dez participantes, 90% são especialistas em Enfermagem Obstétrica e apenas uma docente não tem tal especialidade, porém ministra aulas nesse ramo de atuação por ter atuado na área assistencial e possuir outras especializações como Saúde Pública, por

exemplo. Quanto ao tempo de formação como Enfermeira Obstétrica, 60% dos participantes possuem de 5-10 anos e 30% de 20-30 anos de profissão, isto se justifica pela recente procura e crescimento da área da Saúde da Mulher e do Recém-Nascido por enfermeiros, uma vez que há portarias do Ministério da Saúde estimulando essa especialidade.

O tempo de docência em Especialização em Enfermagem obstétrica oscilou entre as três categorias: novato, intermediário e experimentado. Apenas três docentes são experimentados (mais de 15 anos de docência na área em questão), dois docentes intermediários (de 6-14 anos de docência na área), sendo que a maioria dos participantes (50%) possui apenas de 1-5 anos de docência nessa área, vindo ao encontro da criação da Rede Cegonha em 2011, que estimulou os enfermeiros a procurarem tal especialização, aumentando a procura por parte dos enfermeiros às IES. Anteriormente à criação das portarias de incentivo ao parto humanizado e ao estímulo do Ministério da Saúde pela formação de enfermeiras obstétricas, eram poucas as IES que ministravam tal curso de especialização, justificando a caracterização deste estudo.

Quanto ao vínculo empregatício dos docentes, verificou-se que apenas dois (20%) possuem dedicação exclusiva com a IES e 60% dos docentes ministram aulas esporádicas, sem contrato, conforme a necessidade das IES. Este quadro preocupa, uma vez que percebemos a falta de vínculo contratual entre docente e IES, fazendo com que eles necessitem de outras formas de trabalho para complementar sua renda.

A partir da análise dos dados do presente estudo, emergiram 3 categorias principais e 8 subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

A primeira categoria intitulada: *Docência como aperfeiçoamento contínuo* é formada por 3 subcategorias, que falam da importância que o docente de especialização em enfermagem obstétrica tem na sua formação docente, bem como o que ele faz para aperfeiçoar-se nesta profissão.

Na primeira subcategoria, *Necessidade de cursos de formação*, os docentes apesar de relatarem não terem tido nenhum tipo de formação específica para a docência além da pós-graduação *stricto sensu*, eles vêem este preparo como algo necessário na formação do enfermeiro, já que em muitos casos saem da graduação direto para a sala de aula como docente.

> *Eu nunca tive nada direcionado para que eu aprendesse a ser professora.* (D2).

Os docentes não sabem como poderia ser essa formação, mas percebem tal deficiência uma vez que enfermeiros se tornam docentes todos os dias. Essa formação, poderia ser abordada já durante a graduação, segundo as participantes do estudo, porém não há um estímulo concreto por parte das universidades.

> *Eu acho que as universidades, pelo menos, a que eu me formei têm ainda muita falha, porque eles não preparam o profissional enfermeiro para ser professor. Eles formam apenas o profissional enfermeiro para ser enfermeiro assistencial.* (D1).

Alguns docentes tiveram essa formação na graduação ou até mesmo na instituição de ensino superior em que trabalham. Eles defendem que o professor deve buscar sempre realizar esses cursos de aperfeiçoamento para não se acomodar e estar sempre atualizando sua atuação docente.

> *Todo o semestre tem curso de atualização, porque as coisas vão mudando, são dinâmicas e se tu não te atualizar, ficas para trás. Muitas vezes não tem nem como fazer um plano de ensino, um plano de aula, se tu realmente não tiver feito o curso, porque já mudou bastante o projeto pedagógico.* (D5).

A segunda subcategoria, *Mestrado/doutorado como fonte de formação*, os docentes buscam na graduação *stricto sensu* uma forma de complementar sua formação e se aperfeiçoar na docência.

> *Nossa, sem dúvida o mestrado foi decisivo na minha vida profissional, eu voltei do mestrado outra pessoa, o mestrado desenvolveu muitas habilidades. (...) O mestrado abriu minha cabeça, eu voltei outra profissional.* (D3).

Os motivos que levam o enfermeiro docente a buscar a formação *stricto sensu* são variados, vão desde a busca por uma melhor qualificação profissional à necessidade de aprender novas metodologias e didática para o exercício docente. Os professores entram no mestrado/doutorado com a finalidade de tornarem-se docentes mais “completos”.

> *O mestrado e doutorado para mim foi a alavanca final*, *ele teve a função de agregar essa questão científica e filosófica* (...) *E eu acho que me formava como pesquisadora e trabalhava as questões da docência ao mesmo tempo.* (D6).

A importância dos grupos de pesquisa para a formação também foi citada nas falas das participantes. Estes são vistos como locais que possibilitam uma grande atualização profissional, através da troca de conhecimento com os demais pesquisadores. Porém, apesar de todo ensinamento, os docentes precisam saber que não existe uma receita pronta para a docência, e o conhecimento deve ser buscado por si só.

> *Os grupos de pesquisa são uma excelente oportunidade para a gente se manter atualizado, para discutir temas atuais e para produção de conhecimento. (...) O docente precisa estar atualizado (...) Nos grupos de pesquisa nós discutimos muitas questões.* (D4).

A terceira subcategoria intitulada *Busca contínua* refere-se aos atos realizados pelos docentes para estarem sempre aperfeiçoando-se para a docência e, também, aos exemplos de outros colegas docentes, ensinamentos de professores *experts*, autorreflexão sobre sua didática e também o *feedback* dos alunos.

A busca contínua por evidências científicas, tanto na área da docência quanto na área de obstetrícia é fundamental para que o professor consiga dominar seu conteúdo e sentir-se confiante diante dos alunos.

> *Acho que tem que ter mais iniciativa pessoal minha mesmo. Acho que a necessidade deve ser uma iniciativa do profissional. Estar sempre se*

> *aprofundando, procurando e buscando mais conhecimento. (...) Até porque hoje a velocidade das informações, como chegam pra ti, está muito rápida.* (D2).

Existem várias formas de procura para que os docentes busquem essas evidências científicas e atualizem seu conhecimento por meio de congressos, cursos presenciais, online e até mesmo livros, artigos, etc.

> *Acho que a participação em congressos e eventos científicos sempre ajuda, mesmo que seja voltado para prática, porque tu sempre vê algum profissional lá na frente falando que usa tal abordagem (...) Ou até cursos de dinâmica em sala de aula, eu acho que é super importante.* (D10).

Outra forma de buscar aperfeiçoar sua didática como docente, é a observação, os exemplos do seu dia a dia. Os docentes tomam como modelo alguns colegas de trabalho e até professores que ministraram aulas, muitas vezes há anos, em sua vida acadêmica. Podemos observar isso na fala abaixo exemplificada:

> *A gente primeiro se espelhava nos outros professores que vinham te dar aula, ali você traça um perfil para ti, você observa nos outros o que você gostou e o que levaria para si e aquilo que você não faria em sala de aula.* (D2).

Os docentes também citaram a autorreflexão como uma forma de melhor visualizar sua didática e modificá-la de acordo com a necessidade uma vez que os professores praticam a ação, refletem sobre ela, seus benefícios e malefícios e mudam sua realidade a partir disso.

> *A instrumentalização formal de como preparar uma aula, preparar um plano de ensino, tudo isso eu fui aprendendo, fui adquirindo com o tempo. Eu acho que eu aprendi mais fazendo e modificando com o meu bom senso também.* (D9).

A segunda categoria baseou-se na relação que o enfermeiro docente mantém entre a docência e sua prática assistencial. Esse profissional possui duas atuações distintas, docência e assistência, e precisa lidar com os desafios proporcionados por ambas. Porém, o docente de especialização em enfermagem obstétrica, ao relacionar sua prática em obstetrícia com seu conteúdo a ser ministrado em sala de aula, nota que certos valores são incorporados de forma positiva em seu ensino, enriquecendo ainda mais suas aulas e o aprendizado desses alunos. Tal categoria intitulou-se: *Relacionando a prática assistencial com a docência*, e dividiu-se em duas grandes subcategorias.

Na primeira subcategoria, *Prática assistencial é fundamental*, os docentes afirmam que é necessário ter experiência prática assistencial para poder dar aulas em determinada especialidade. Além da necessidade dessa prática para que o docente se sinta mais confiante ao passar o conteúdo, também é fundamental para que o aluno compreenda melhor o cenário que irá vivenciar seja no estágio obrigatório ou no seu dia a dia como enfermeiro.

> *Faz toda a diferença, porque só dar a disciplina e não ter vivenciado o que é*

um parto, um trabalho de parto, o que é trabalhar em um centro obstétrico... É muito diferente você ler num livro e você estar lá dentro. Então faz toda a diferença você ter essa prática assistencial para você ser professor. (D1).

Os docentes utilizam sua vivência assistencial como enfermeiros obstétricos para melhor exemplificar suas aulas e tornar a teoria o mais aplicável possível à realidade do aluno. As participantes salientam que é necessário um domínio do conteúdo teórico, porém sua prática assistencial fornece subsídios suficientes para deixar claro ao aluno que muitas vezes a realidade fugirá dos casos explicitados pela literatura e que, caberá a eles, muitas vezes problematizar diante do exposto.

Então eu acho que ser enfermeira assistencial me ajuda muito na docência e ela é uma ferramenta que aproxima muito a gente, porque eu sempre tenho exemplos vividos. (D6).

Houve relatos de que o enfermeiro docente que não possui prática assistencial na área em que ministra seu conteúdo, muitas vezes sofre certo tipo de preconceito da instituição, colegas de trabalho e alunos. Isso se dá devido uma maior valorização do profissional especialista que tenha bagagem prática se comparado ao docente que tenha muitas vezes até mestrado ou doutorado, mas não tem experiência prática.

E a gente sabe que sim, existe diferença entre a prática e a teoria e que para o aluno é importante esses exemplos. E os alunos percebem, às vezes eles comentam: "o professor foi acompanhar o estágio e não sabia o que estava fazendo". (D10).

A segunda subcategoria, *Enfermeiros especialistas, novos docentes*, retrata uma realidade não só dos dias atuais, mas também de alguns anos atrás, onde as IES contratam enfermeiros obstétricos, com experiência prática assistencial, para dar aulas em especializações. Este é, na maioria das vezes, o pré-requisito desejável para que o docente seja contratado.

Como eu tinha especialização em obstetrícia, trabalhava na área e já tinha experiência, foi por isso que eu fui convidada para dar aulas. (D9).

A terceira e última categoria, *Vínculo docente com a IES*, vem com muita força nas falas das participantes deste estudo. Esta categoria é sustentada por três subcategorias, que tratam sobre os cursos de formação e aperfeiçoamento docente e também de como é relevante que o docente tenha uma aproximação com a IES em que trabalha, uma vez que muitos obstáculos podem ser resolvidos partindo dessa proximidade.

A importância da aproximação da IES com o docente é a primeira subcategoria e fala sobre a necessidade que os docentes possuem em ter um *feedback* das IES em que trabalham.

A gente precisaria ter um apoio maior da instituição que a gente está representando para nos preparar melhor para a sala de aula. Eu acho que essa é uma fragilidade da instituição. (D2).

Reforçando essa questão de que os docentes precisam de um maior suporte por parte da IES, alguns docentes, por trabalharem em duas ou mais IES ao mesmo tempo (algumas com contrato outras não), conhecem o outro lado, de quando a instituição é a base, o alicerce fundamental para os docentes exercerem seu trabalho.

> *No primeiro mês nós tivemos um aprofundamento de tudo, tudo relativo a especialização. Como é que o professor deve se comportar? Quais são os objetivos do curso?* A *gente tem uma assistente pedagógica que orienta, e ela está sempre disponível.* (D5).

As instituições de ensino itinerantes, que abrem turmas em diversas cidades, também geram certo desconforto e insegurança aos docentes, uma vez que estes sentem-se um pouco perdidos no que se refere a quem recorrer sobre a questão pedagógica da instituição em si. O lado positivo é que abre a possibilidade de haver turmas em muitas cidades, porém existe a necessidade de reaver a questão do apoio e vínculo da IES com os docentes.

> *Ela é itinerante. Você não vê essa pessoa, não tem um lugar fixo onde tu vai conversar então eu acho que os professores ficam muito soltos assim. Cada turma tem professores novos.* (D10).

Na subcategoria *Cursos de atualização, aperfeiçoamento institucional* os docentes afirmam que algumas IES não ofertam cursos de atualização para seu corpo docente.

> *Não. Ela não promove cursos de aperfeiçoamento. Na verdade é muito mais a gente procurando esse aperfeiçoamento, essa atualização, do que a instituição te convidando. Ela não convida.* (D4).

Porém, alguns desses docentes trabalham em outras instituições que ofertam tais cursos a seus docentes, e eles afirmam ser de fundamental importância.

> *O nosso corpo docente passa por capacitação constante, reciclagem e atualização (...) a instituição prima por qualidade na formação e quer docentes preparados para estar em sala de aula.* (D3).

Na terceira e última subcategoria, *Obstáculos para a docência,* as participantes desabafam sobre as dificuldades que encontram no seu dia a dia como professoras, barreiras que dificultam que elas passem seu conteúdo de forma tranquila e concreta a seus alunos.

A desvalorização financeira dos docentes pelas instituições foi muito citada pelas participantes. Apesar de que muitos docentes procuram à docência para complementar sua renda como enfermeiro assistencial, manter-se apenas com o salário de docente não seria viável, segundo as participantes.

> *Às vezes eu saio de casa com caixas enormes de simulador de parto, maca, um monte de tecnologia, com mala cheia de livros, dá trabalho? Sim. Se eu for pensar no que eu ganho financeiramente para tudo que eu faço não seria viável.* (D3).

Por fim, esses resultados expressam uma gama de situações e condições que estão presentes na atuação do docente de especialização em obstetrícia.

4 | DISCUSSÃO

O exercício da docência necessita estar fundamentado num constante aperfeiçoamento para que seja realizado com destreza e compreendido pelos alunos. A primeira categoria apresentada neste artigo, *Docência como aperfeiçoamento contínuo*, é sustentada por uma das fontes de conhecimento base para o ensino propostas por Shulman, a formação acadêmica.

A formação acadêmica é uma fonte em que os docentes fortalecem sua formação como tal, pois é adquirida pela formação em cursos de graduação, pós-graduação, disciplinas e cursos de atualização específicos para a área em questão (SHULMAN, 2005). Esta é a fonte mais utilizada e reconhecida pelos docentes, uma vez que estes estão sempre buscando em sua formação subsídios que lhe auxiliem em seu dia a dia como docente.

A busca por uma melhor valorização de sua profissão também é um dos motivos pelos quais os docentes procuram a pós-graduação *stricto sensu*. As instituições de ensino superior necessitam de uma porcentagem de docentes que possuem mestrado ou doutorado em sua grade de professores, sendo assim, há uma maior valorização do profissional mestre/doutor.

Podemos observar também nas falas dos participantes, principalmente quando os mesmos afirmam utilizar a autorreflexão como forma de aperfeiçoamento de suas práticas docentes. No Modelo de Ação e Raciocínio Pedagógico proposto por Shulman, a reflexão constitui importante fase. Este autor acredita que a docência é ativa e dinâmica e que, ao ensinar, o professor mobiliza saberes e os articula no que chama de *Modelo de Ação e Raciocínio Pedagógico*. Este modelo é caracterizado pelas fases de compreensão, transformação, ensino, avaliação, reflexão e novas formas de aprender e está fundamentado nas sete categorias de conhecimento base para o ensino (SHULMAN, 2005).

Basicamente, no Modelo de Ação e Raciocínio Pedagógico (SHULMAN, 1986), o docente compreende seu conteúdo a ser ensinado, o transforma de maneira a ser absorvido por seus alunos, avalia seus métodos e o quanto os discentes aprenderam sobre o conteúdo proposto e reflete sobre sua ação, com a finalidade de promover novos métodos de ensino futuramente.

Este pensamento vai ao encontro de estudos realizado por Backes et al (2019) e Menegaz et al (2015), no qual reforça a importância e a necessidade de investimentos na formação docente inicial e permanente, baseado nas categorias de conhecimento base propostas por Shulman.

Na segunda categoria, *Relacionando a prática assistencial com a docência*, não

podemos deixar de notar o surgimento de uma das categorias de conhecimento base para o ensino propostas por Shulman: O conhecimento de conteúdo. O docente, apesar de buscar em livros, cursos, artigos o conhecimento, ele também tem como fonte essencial sua própria prática assistencial, onde busca exemplos do dia a dia para utilizar em sala de aula e proporcionar melhor aprendizagem e uma visualização da realidade por parte do aluno.

O Conhecimento do Conteúdo, segundo Shulman (2005), é a principal fonte de compreensão da matéria para os alunos, habilidades e ideias, em que o professor precisa adotar uma postura flexível e compreensão multifacetada, para lidar com explanações alternativas de um mesmo conceito ou princípio, de acordo com os diferentes níveis de aprendizagem. O conhecimento do conteúdo auxilia no conhecimento pedagógico de conteúdo, pois consiste na capacidade de reflexão do docente, em contextualizar o conhecimento do conteúdo em algo compreensível, transformando em um conhecimento pedagógico à realidade discente (SHULMAN, 2005).

A fonte de conhecimento, o saber adquirido com a prática docente, exposto por Shulman (1986), também pode ser aplicado neste caso se colocado da seguinte maneira: o saber adquirido com a prática assistencial. O docente sustenta seu conhecimento base em seu dia a dia como enfermeiro assistencial, uma vez que afirma que sem sua vivência prática como enfermeiro obstétrico, seria inviável poder exercer a docência nesta área em questão, uma vez que o saber prático está diretamente relacionado e interligado com o domínio do conteúdo pelo docente (ZAMPROGNA ET AL, 2021).

Não só por parte dos docentes, mas também uma preocupação visualizada pelos alunos é a necessidade de que sua aprendizagem em sala de aula esteja relacionada e diga respeito ao que irão vivenciar em sua vida profissional, interligando teoria e prática (SOUZA, 2020).

A última categoria em questão no presente artigo refere-se ao vínculo entre o docente e a IES, sua importância e os obstáculos vivenciados pelos docentes de especialização em enfermagem obstétrica. As categorias de base para o ensino: Conhecimento do currículo e Conhecimento do contexto organizacional de Shulman, apoiam esta categoria uma vez que se referem exatamente a essa relação entre o docente e a IES.

Conhecimento do Currículo é o conhecimento da organização do currículo, das disciplinas e ementas, bem como dos objetivos formativos, com particular entendimento dos materiais e programas que servem de ferramenta de trabalho para os professores. É necessária a reflexão crítica do professor para uma avaliação do currículo, para que auxilie no entendimento dos discentes (SHULMAN, 2005). Já o Conhecimento do Contexto Educacional são os conhecimentos dos elementos relacionados ao local onde este docente atua, refere-se ao contexto educacional, conhecendo as normas e rotinas institucionais. É fundamental que os docentes adquiram o conhecimento do contexto educacional para que consigam transcender o ambiente de sala de aula ampliando sua visão em relação à

formação dos futuros profissionais (SHULMAN, 2005).

O vínculo entre a IES e o docente deve ser revisto por ambas as partes, de forma cautelosa, com vistas a melhorar a qualidade do ensino, mas também obter maior valorização da profissão docente, uma vez que muitas vezes estes não se sentem acolhidos pela instituição de ensino onde atuam.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A docência é um aperfeiçoamento contínuo, não é estático, está em constante movimento. Os professores não possuem estímulo e nem formação para a docência durante sua graduação, porém eles têm a necessidade de que essa formação seja abordada durante sua formação, uma vez que enfermeiros recém-formados muitas vezes encontram sua primeira oportunidade de emprego numa sala de aula.

A pós-graduação *stricto sensu* é procurada pelos professores como forma de complementar sua formação docente. Há uma cobrança por parte das IES para que os docentes realizem mestrado/doutorado, porém não existe apoio das mesmas para que isso aconteça. O mestrado e o doutorado são vistos pelos docentes como uma maneira pela qual irão atingir uma melhor qualificação profissional e aprender novas didáticas e metodologias juntamente com outros docentes.

A busca contínua por melhores abordagens deve fazer parte do dia a dia do professor, seja por meio de observação de colegas de trabalho, autorreflexão de suas metodologias, *feedbacks* de alunos e também a busca por novas evidências cientificas através de cursos, congressos, artigos, entre outros. Ter prática assistencial em obstetrícia é fundamental para a docência, pois os professores fazem um link entre realidade e teoria, trazendo exemplos práticos para sala de aula, facilitando a compreensão do aluno acerca do conteúdo em questão.

Ter vivência assistencial é um pré-requisito desejável para o professor desta especialidade e traz indicações ao enfermeiro para dar aulas em novos cursos de especialização, por seu desempenho como enfermeiro obstetra. Mas não basta, o conhecimento pedagógico precisa ser associado.

O vínculo entre o docente e a IES se mostrou essencial, porém fragilizado. Os professores quase não conhecem a instituição de ensino onde trabalham sua organização, o corpo docente, e sentem falta dessa aproximação. Um melhor apoio pedagógico e fornecimento de materiais didáticos para serem utilizados em sala de aula aproximariam mais o docente da IES. A desvalorização financeira e carga horária exaustiva não condizem com a responsabilidade com que os docentes lidam ao formar enfermeiros obstétricos todos os dias, e se tornaram grandes obstáculos em sua profissão.

Como limitação deste estudo observou-se apenas com relação ao referencial teórico, visto que há uma escassez de pesquisas em pós-graduação *lato sensu*, utilizando-

se muitas vezes de dados relacionados à docência em geral, quando peculiaridades da área de enfermagem obstétrica se apresentavam. Desta forma, salientamos a necessidade de fortalecer e estimular estudos voltados para o tema em questão.

REFERÊNCIAS

BACKES, V.M.S.; MENEGAZ, J.C.; MEDINA-MOYA, J.L. **Formação docente na saúde e enfermagem.** Porto Alegre: Moriá, 2019.

BRASIL. Sistema E-Mec. Desenvolvido pelo Ministério da Educação. **Apresenta as Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados no MEC.** Disponível em: <http://www.emec.mec.gov.br>. Acesso em: 18 de maio de 2015.

______. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: DF, 2000.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011.

______. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BARBOSA, E.C.V.; VIANA, L.O. **Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil.** Rev. Enferm. UERJ**,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 339-44, 2008.

COSTA, A.A.N.M.; SCHIRMER, J. **A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil – Da proposta à operacionalização.** Rev Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p.332-339, 2012.

FERREIRA JÚNIOR, M.A. **Os reflexos da formação inicial na atuação dos professores enfermeiros.** Rev. Brasil. Enferm., Brasília, v.61, n.6, p. 866-71, 2008.

KAPPAUN, A.; COSTA, M. M. M. **A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica.** Rev. Paradigma, Ribeirão Preto-SP, v.29, n.1, p. 71-86, 2020.

MENEGAZ, J. C. et al. **Práticas pedagógicas de bons professores de enfermagem, medicina e odontologia na percepção dos estudantes.** Rev Texto e Contexto, Florianópolis, v. 24, n.3, p.629-36, 2015.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PUCCINI, B. C. **Consciência política e humanização do parto: a luta pelo direito à formação de obstetrizes na universidade de São Paulo.** Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

SANTOS, L. M. C.; BACKES, V. M. S. **Mentoring as a source of pedagogical content knowledge for nursing teaching.** Texto e Contexto. (UFSC Impresso), v. 28, p. 1-13, 2019.

SENA, C. D. et al. **Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil.** Rev. De Enferm da UFSM, Rio Grande do Sil, v.3, n.4, 2012.

SHULMAN, L. S. **Those who understand: knowledge growth in teaching.** Educational Research; v.15, n.2. 1986. Disponível em: <http://www.eric.ed .gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&&ERICExtSearch_SearchValue_0=EJ330821&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=EJ330821>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

SHULMAN, L. S. Co**nocimiento y Enseñanza: Fundamentos de la Nueva Reforma.** Revista de currículum y formación del profesorado, Granada, v. 9, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>. Acesso em 08 set. 2021.

SOUZA, D. M. et al. **Conhecimento Pedagógico de Conteúdo de docentes de enfermagem novatos na educação técnica de nível médio.** Rev. Brasil. Enferm., Brasília, 2020.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA, 1994.

ZAMPROGNA, K.M. et al. **Prática docente assistencial: compartilhamento de ações para o ensino na atenção primária em saúde.** Revista de enfermagem Referência. Lisboa: V Série, p. 1-8, 2021.

CAPÍTULO 11

O CONTEXTO NACIONAL E EUROPEU DA ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 22/09/2021

Carmen Maria dos Santos Lopes Monteiro da Cunha
Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Curso de Doutoramento da Universidade de Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR)
Lisboa. Portugal
https://orcid.org/0000-0001-5418-8377

Andreia Cátia Jorge Silva Costa
Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Lisboa, Portugal. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB)
Lisboa, Portugal
https://orcid.org/0000-0002-2727-4402

Maria Adriana Pereira Henriques
Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Lisboa, Portugal. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB)
Lisboa, Portugal
https://orcid.org/0000-0003-0288-6653

RESUMO: **Objetivo**: descrever o contexto da enfermagem da saúde pública, em Portugal e em alguns países europeus. **Método**: estudo descritivo, documental, em forma narrativa, sobre a enfermagem de saúde pública e comunitária. **Resultados**: na pandemia que vivemos, SARS-CoV-2, a Covid-19, é relevante refletir a saúde pública, na perspetiva do enfermeiro. Foram selecionados sete países, incluindo Portugal, por serem próximos, como Espanha e França, ou terem semelhanças em população, cultura, ou relações históricas, Reino Unido, a Irlanda, a Itália e a Alemanha, apresentam algumas diferenças entre as competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e, ou, de saúde pública, bem como na designação, em que a mais comum parece ser a de enfermeiro de saúde pública. **Conclusão e implicações para a prática**: as intervenções são a característica mais comum, ainda que se identifiquem diferenças, como a maior ou menor presença deste profissional na comunidade. Como implicações, para a teoria, prática e investigação, parece existir a ideia de que o enfermeiro de saúde pública, terá sido pioneiro no desempenho do exercício profissional com autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro, Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem em Saúde Comunitária, Europa.

THE NATIONAL AND EUROPEAN CONTEXT OF PUBLIC HEALTH NURSING

ABSTRACT: **Objective**: to describe the context of public health nursing in Portugal and in some European countries. **Methods**: descriptive and

documental study, in narrative format, about public and community health nursing. **Results**: in the pandemic we are experiencing, SARS-CoV-2, Covid-19, it is relevant to reflect on public health, from the perspective of nurses. Seven countries were selected, including Portugal, because they are close, like Spain and France, or have similarities in population, culture, or historical relationships, United Kingdom, Ireland, Italy and Germany, that show some differences between the competences and interventions of the community health nurse and/or public health nurse, as well as in the designation, which the most common seems to be that of public health nurse. **Conclusion and practical implications**: interventions are the most common feature, although differences are identified, such as the greater or lesser presence of this professional in the community. As implications for theory, practice and research, there seems to be the idea that the public health nurse will have been a pioneer in the performance of professional practice with autonomy.
KEYWORDS: Nurse, Public Health Nursing, Community Health Nursing, Europe.

1 I INTRODUÇÃO

Em meio à situação pandémica que ainda se vive, *SARS-CoV-2*, a *Covid-19*, e que veio alterar as nossas rotinas e muito do modo de vida, mas sobretudo constituiu-se como uma séria ameaça à nossa saúde, individual e coletiva (Almeida et al., 2021), é muito relevante e oportuno refletir a saúde pública, na perspetiva dos enfermeiros, no que em muitos países se designa por enfermagem de saúde pública, nestes seus protagonistas, suas competências e intervenções.

Apesar de Portugal ter, reconhecidamente, uma boa organização e infraestrutura de saúde pública, nos últimos anos sofreu algumas alterações, por desinvestimento e mudanças populacionais (CUNHA et al., 2020). Mesmo estando a acontecer uma reforma dos cuidados primários de saúde, sobretudo por via legislativa, com novas leis na área da saúde, em discussão, considera-se ser importante a valorização dos recursos, sobretudo humanos e na área da enfermagem, valorizando as pessoas para obter ganhos em saúde.

Nesta reflexão teórica, propõe-se fazer um estudo descritivo, documental, em forma narrativa, sobre a enfermagem de saúde pública e comunitária, pois a designação não é uniforme, entre a enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, em Portugal, com outras realidades congéneres de países, que como nós, fazem parte da União Europeia. De acordo com a *World Health Organization* – WHO (1997), o trabalho de enfermagem, na Europa, é tão diverso, que a respetiva lista de especialidades é quase infinita, e muda constantemente refletindo a diversidade de necessidades, sistemas de saúde e tradições. Alguns países terão mais de 15 especialidades de enfermagem, entre as quais a enfermagem de saúde pública.

Sobre este tema, não se encontrou nenhum artigo publicado, ainda. Por isso recorreu-se às informações públicas e disponíveis, em *sites* oficiais das organizações citadas, sendo que, de três países, Reino Unido, Irlanda e Alemanha, forneceram orientações sobre onde

procurar, em resposta aos emails enviados, onde se solicitou tais orientações técnicas.

Recorreu-se ainda ao *International Council of Nurses* (ICN), para obter-se a validação dos nossos dados, e forneceram-nos uma lista de contactos e *sites* oficiais.

Escolheu-se propositadamente, a designação de enfermagem de saúde pública, ainda que hoje em Portugal a designação seja de enfermagem de saúde comunitária, na vertente de saúde pública, conforme a Ordem dos Enfermeiros – OE (2018), como se irá apresentar abaixo, por parecer ser esta a designação mais tradicional, e mais comum, em muitos países da Europa, e não só.

Tem como objetivos narrar e sistematizar, a partir das fontes documentais e bibliográficas pesquisadas e disponíveis, a realidade da enfermagem de saúde pública, no contexto nacional e de alguns países europeus.

Optou-se por sete países, incluindo Portugal, por serem próximos, como é o caso da Espanha e da França, ou poderem ter semelhanças com a realidade portuguesa, em termos de população, cultura ou relações históricas, como o Reino Unido, a Irlanda, a Itália e a Alemanha. Trata-se de uma amostragem relevante, que nos pode ajudar a repensar a nossa própria posição, nesta área tão importante, hoje, mas sempre.

2 | DESENVOLVIMENTO DO TEMA

Em Portugal, a OE, no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, “Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar” (OE, 2018), em seu artigo 2º define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, que são:

> a. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
>
> b. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
>
> c. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
>
> d. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2018, p. 19354).

Porém, no Regulamento nº 190/2015 de 23 de abril, do “Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais” (OE, 2015), a OE prevê também intervenções desse enfermeiro, no âmbito das famílias e comunidades, como está retratado num artigo publicado, recentemente, acerca desta temática, de Guedes et al., (2016).

No entanto, nesta nossa reflexão pretendemos pôr em destaque o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista de saúde pública, que se incorpora no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem

comunitária (OE, 2018), na medida em que estas derivam de uma formação pós-graduada. A destrinça entre o que serão competências específicas do enfermeiro de saúde pública, pode-se revelar mais complicada. Numa obra recente, de Melo (2020), exatamente sobre enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, parece reduzir-se a enfermagem de saúde pública à "realização e à colaboração na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico" (MELO, 2020, p. 109). Porém, não se percebe ser esta a perspetiva do próprio Regulamento (OE, 2018), como ressalta, quer do seu artigo 2º, quer do anexo I, que não fazem uma distinção tão marcada.

Como neste nosso excurso, pretende-se comparar competências e intervenções do enfermeiro especialista de saúde comunitária e de saúde pública, com outras realidades similares europeias, resolveu-se seguir esta perspetiva mais ampla do Regulamento (OE, 2018).

Assim, em termos de síntese exemplificativa, correlacionou-se à enfermagem de saúde pública, com foco nas competências e intervenções do enfermeiro especialista, nesta área, as que se seguem, na Tabela 1, retiradas do referido Regulamento (OE, 2018):

a. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.	- Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade. - Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade. - Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. - Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos.
b. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.	- Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. - Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado. - Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.
c. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.	- Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde.
d. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.	- Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica. - Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemografia.

Tabela 1. Competências e intervenções correlacionadas com o enfermeiro de saúde pública.

Importa referir ainda, que, em Portugal, o título de enfermeiro especialista é conferido após a frequência de formação académica adequada para tal, conforme o Estatuto da

Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei (DL) nº 104/98 (DL, 1998).

No que se refere a Espanha, afirma Gómara (2010), que a enfermagem de saúde pública inclui tanto os profissionais especializados, que trabalham nas direções gerais de saúde pública, como também, os enfermeiros que prestam cuidados de atenção básica, diretamente à família e à comunidade. Inclui ainda, os enfermeiros que prestam serviços de medicina preventiva e de saúde do trabalho.

Por outro lado, para o mesmo autor (2010), as competências profissionais em saúde pública referem-se às atitudes e capacidades, necessárias para solucionar os problemas de saúde da comunidade, de modo efetivo e eficiente. A saúde pública foca-se em três funções básicas: valorizar as necessidades de saúde da população; desenvolver as políticas de saúde e garantir a prestação de serviços de saúde.

A estas funções relacionam-se competências, como: analisar a situação de saúde da comunidade e proporcionar cuidados; descrever e analisar a associação do impacto dos fatores de risco, dos problemas de saúde e o impacto dos serviços de saúde; controlar as doenças e as situações de emergência, como acrescenta Gómara (2010). E ainda, quanto ao desenvolver políticas de saúde, contribuir na definição da normatização do sistema de saúde e fomentar a defesa da saúde nas políticas intersectoriais; contribuir no desenho de programas e atuar em intervenções sanitárias; fomentar a participação social e fortalecer o grau de controlo dos cidadãos sobre a sua própria saúde. No que respeita à garantia da prestação dos serviços de saúde, de acordo com o autor (2010), incumbe-lhes fazer a gestão de serviços e programas com intervenções ligadas à educação e promoção da saúde; avaliar serviços e programas; realizar inspeções e auditorias; elaborar guias e protocolos.

No entanto, através de um inquérito realizado aos enfermeiros, chegou-se à conclusão de que predominam as atividades relacionadas com a vigilância e controlo, tais como, analisar a situação de saúde, ou controlar as doenças e situações de emergência, e acrescenta que é a estas, que os profissionais de saúde pública espanhola, dedicam mais esforço, incluindo os enfermeiros (GÓMARA, 2010). Concluindo o autor (2010) que existe uma certa discrepância, entre o que os futuros enfermeiros receberam no campo de formação das competências, e o que as administrações reclamam deles. O seu trabalho estará orientado sobretudo para aquilo, que se conhece como sistemas de informação e vigilância da saúde pública.

No caso de Itália, a informação sobre o curso universitário de mestrado em enfermagem de saúde pública, na Universidade de Torino (*Università Degli Studi di Torino* – UT) (2020), fornece-nos alguma informação, sobre as competências e intervenções deste profissional. Assim, o enfermeiro adquire competências profissionais específicas, necessárias nas áreas operacionais da saúde pública, onde é necessário gerir (planear, implementar, monitorizar e avaliar) estratégias preventivas de alta qualidade, em resposta às necessidades e problemas de saúde, reais ou potenciais, ao longo do arco da vida (UT,

2020).

Os objetivos do curso, nesta universidade, resumem-se da seguinte forma: fornecer uma competência profissional de enfermagem, orientada para lidar com os problemas de saúde prioritários da comunidade, e proporcionar aos enfermeiros as ferramentas para gerir as intervenções de prevenção primária e secundária.

As competências esperadas são: realizar a análise das necessidades de saúde da comunidade; identificar e escolher as intervenções preventivas adequadas, no campo da saúde pública; implementar competências de enfermagem centradas na prevenção e controlo dos problemas de saúde em hospitais e cuidados na comunidade; contribuir para a promoção da saúde por meio da educação em saúde, prevenção e diagnóstico precoce; aplicar intervenções de empoderamento e empoderamento social; avaliar a eficácia das intervenções de prevenção efetuadas na família, na comunidade, no contexto do trabalho e territorial; promover e participar em atividades de investigação na área da prevenção; apoiar os operadores dos serviços de saúde pública, através da informação e formação (UT, 2020).

Como consequência, o enfermeiro de saúde pública estará apto para trabalhar como autónomo ou profissional por conta de outrem: em serviços de prevenção dirigidos a riscos específicos (centros de aconselhamento, serviços de vacinação, serviços de rastreio, serviços de prevenção e medicina do trabalho, centros para as infeções sexualmente transmissíveis, centros de medicina do viajante, serviços de saúde pública, observatórios epidemiológicos); nos serviços hospitalares, responsáveis pela prevenção e controlo das infeções relacionadas com a assistência em saúde; em serviços distritais, ambulatórios, serviços médicos associados, onde devem realizar-se intervenções de educação e promoção da saúde, e possam ser realizadas intervenções ao paciente, na prevenção (diabetes, pneumologia, assistência domiciliar, reabilitação, deficiência, lares de idosos); em centros desportivos, serviços distritais, prisões, centros de migração e na escola (UT, 2020).

Por sua vez, o Reino Unido, (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte), apresenta uma ampla informação sobre enfermagem de saúde pública e de saúde comunitária, veiculada quer pelos órgãos representativos e associativos, quer por órgãos reguladores dos enfermeiros como é o caso do *Royal College of Nursing* (RCN), e *Nursing & Midwifery Council (*NMC*)*. Constatou-se que existem vários tipos de enfermeiros com referência à área da saúde comunitária e saúde pública, como o enfermeiro de distrito (*District Nurse*), também chamado de enfermeiro comunitário, o enfermeiro de práticas gerais (*General Practice Nurse*), e o campo de enfermagem de saúde pública como se extrai do *National Health System* - NHS (2020).

Como informa o NHS, depois de uma formação inicial, em que tem que escolher uma área específica, como enfermagem de adultos, crianças, deficientes, saúde mental, ou associados de enfermagem, o enfermeiro poderá desempenhar funções em uma das áreas

específicas, como "*District Nurse*", que providência cuidados complexos aos pacientes e suporte à sua família, nas suas casas e lares residenciais; ou "*General Practice Nurse*", que trabalha em gabinetes médicos, envolvido na maioria dos aspetos dos cuidados aos pacientes, como realizar colheitas de sangue para análises ou realizar tratamentos de feridas; ou ainda visitador de saúde (*Health Visitor*), que trabalha com famílias, no sentido de dar às crianças em idade pré-escolar o melhor início de vida possível; mas ainda, também, como enfermeiro pediátrico, enfermeiro de prisão ou de bloco operatório (NHS, 2020).

Percebeu-se que o *"District Nurse"* será o que mais se identifica com a enfermagem de saúde pública. As equipas de enfermagem de distrito e comunidade fornecem um serviço de muito valor a indivíduos, famílias e comunidades que servem, dedicando todo o seu tempo à prestação de cuidados integrados e de qualidade, como refere o *Royal College of Nursing* - RCN, (2020). Procuram combater causas de doença, como estilos de vida pouco saudáveis e desigualdades sociais. Sendo que, a saúde pública é entendida como aquela que lida com, e apoia medidas, ao nível individual, organizações, e a nível social mais vasto, para combater as causas da doença, da incapacidade e mortalidade que se podem prevenir (RCN, 2020).

O Conselho de Parteiras e Enfermagem, (*Nursing & Midwifery Council – NMC*), o órgão regulador da enfermagem no Reino Unido, produziu um documento intitulado, "*Standards of proficiency for specialist community public health nurses*" (NMC, 2015), que nos parece corresponder ao regulamento da OE, mas que junta quer as competências práticas, quer o currículo escolar para as adquirir. Desenvolvem-se em quatro domínios: pesquisa das necessidades em saúde, estímulo do domínio das necessidades em saúde; influências das políticas que afetam a saúde, e educação para as atividades que aumentam a saúde (NMC, 2015).

Numa obra emblemática sobre enfermagem de saúde pública, Linsley et al., (2011), afirmam que tem mudado, nos últimos anos, o foco na área da saúde, para tratar as pessoas em suas casas, mais do que em internamentos hospitalares. Segundo as mesmas, a enfermagem terá que refletir a forma como pensa e presta cuidados, uma vez que, em vez de tratar pessoas que estão doentes, estará agora mais envolvida em promover a saúde e bem-estar de todos. O que representará novas oportunidades e responsabilidades, para a enfermagem de saúde pública.

De referir ainda que, o *District Nurse* é um enfermeiro "sénior", com competências acrescidas para gerir os cuidados de saúde na comunidade, como apresentado pelo *Queens Nursing Institute* - QNI, (QNI, 2020).

Um texto francês de Aromatario (2004), reflete sobre o enfermeiro de saúde pública, traçando a sua perspetiva histórica e de futuro. A figura deste enfermeiro desenvolveu-se a partir de 1978, através de um número de instrumentos, que lhe permitiram uma certa autonomia, no seu exercício profissional. Quer dizer, ser capaz de empreender certas ações

sem necessidade de prescrição médica. Para isto, foram importantes os instrumentos, criados ou importados, como o *dossier* dos cuidados de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, ou o julgamento clínico do enfermeiro. Este enfermeiro é distinto dos demais, não apenas pelo tipo de abordagem, coletiva e não individual, mas especialmente pela sua visão do homem e da saúde (AROMATARIO, 2004).

O mesmo autor (2004), advoga que a formação do enfermeiro como especialista, em saúde pública, deve permitir que ele entenda o homem e a sua saúde, de uma forma verdadeiramente global, com ferramentas e métodos específicos e diferenciados de cuidado.

Além disso, esta formação deve permitir que ele partilhe as suas experiências com outros tipos de profissionais não médicos, como assistentes sociais, e indivíduos (cuidadores ou não) de culturas diferentes, para que isso lhe permita experienciar a diversidade e complementaridade de abordagens nesta área da saúde, como refere Aromatario (2004). Em consequência, o mesmo, propõe que, na saúde pública, o enfermeiro tem que ser especificamente reconhecido, no quadro da prática profissional de enfermagem. Este reconhecimento supõe uma definição de lugares de enfermeiro de saúde pública, bem como de um *status* associado.

Refere ainda o autor (2004), que o enfermeiro de saúde pública, com uma visão particular do homem e da sua saúde, poderia então propor uma alternativa complementar e inovadora, no quadro do atendimento, do apoio e da prevenção.

Da Alemanha, apenas se conseguiu recolher evidências que apontam no sentido de que, a enfermagem de saúde pública é um ramo da enfermagem, recente. Assim, a Associação Alemã de Enfermeiros (*German Nurses Association - DBfK*), estará desde 2017 a implementar um projeto para estabelecer a enfermagem de saúde comunitária, nos Serviços de Saúde da Alemanha (DBfK, 2020).

Os primeiros programas de mestrado em enfermagem de saúde comunitária estarão agora a ser estabelecidos, em universidades como Dresden e Vallendar, como provam os diversos *sites* destas universidades que publicitam o curso, bem como a *German Nurse Association* (DBfK, 2020).

Por fim, a República da Irlanda, tal como o Reino Unido, apresenta bastante informação sobre a temática. Atualmente, o enfermeiro de saúde pública (*Public Health Nurse - PHN*) trabalha como parte de uma equipa multidisciplinar. Oferece orientações e informação aos pacientes acerca de como melhor ir ao encontro das suas necessidades em saúde, e verifica quando é que outros profissionais de saúde são necessários na equipa de cuidados primários, conforme a informação governamental do *Office of the Nursing & Midwifery Services Director* (ONM, 2020).

Esclarece ainda a mesma entidade oficial, que o *PHN* providencia um serviço de enfermagem, a um largo grupo de pacientes, que inclui idosos que vivem em casa, pessoas com doenças crónicas em casa, ou com estados agudos de doença em casa, moribundos

em casa, grávidas e mães que deram à luz recentemente, pessoas com deficiências, pessoas com privações, migrantes, crianças (desde os bebés até à saúde escolar), e doentes com hepatite C (ONM, 2020).

E mesmo que, o *PHN* é um enfermeiro reconhecido com uma qualificação de enfermeiro especialista, que providencia o essencial dos cuidados de enfermagem na comunidade (ONM, 2020).

Mais esclarece que, também os enfermeiros comunitários generalistas (*Community registered general nurses - CRGNs*) trabalham com o *PHN*, e têm como foco primário os pacientes individuais e os idosos, mas serão enfermeiros generalistas, que adquirem esta denominação pelo contexto em que trabalham. E junto com este, constroem e implementam planos de cuidados de enfermagem, em ambiente clínico e em casa, bem como educação e formação, relativos ao seu papel de enfermagem na comunidade (ONM, 2020).

De um artigo publicado num jornal, retira-se o depoimento na primeira pessoa, de um *PHN*, que traduzimos e refere:

> *"Os PHN são generalistas. A comunidade é o nosso cliente e nós vemos todos, de mães e bebés, a pessoas idosas e os que precisam de cuidados paliativos. O que nós fazemos como enfermeiras de saúde pública, na Irlanda, é feito por dois especialistas dedicados noutros países europeus: enfermeiras de distrito e visitadores de saúde. Atualmente existe um debate, acerca se nós deveríamos ou podemos continuar a oferecer todos os serviços, que nós fazemos. Na minha opinião, a natureza generalista do nosso trabalho é o que o faz tão especial. Pessoalmente, o que eu mais gosto é da variedade. Em boa verdade, os enfermeiros de saúde pública têm autonomia, bem como são parte da equipa local dos cuidados primários de saúde. As visitas domiciliárias são planeadas com as diferentes clínicas dos centros de saúde, e há um bom suporte entre os vários profissionais de saúde, que trabalham na equipa de cuidados primários"* (THOMPSON, 2015, p. 1).

Como realça a WHO (1997), os cerca de cinco milhões de enfermeiros na região europeia, representam uma massa crítica, que pode ter influências muito positivas na saúde das populações. E o modelo dos cuidados primários de saúde é muito poderoso e atrativo, na perspetiva de ter os enfermeiros como uma força de prestadores de cuidados, economicamente viável, profissionalmente equipada e tecnicamente capaz.

Das evidências recolhidas e narradas, percebem-se notórias semelhanças e também grandes diferenças, entre as competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública, nestes sete países apresentados. A designação mais comum parece ser a de enfermeiro de saúde pública, como é o caso de Espanha, Itália, França, bem como o Reino Unido e a Irlanda, com o seu *PHN*, e a explicitação de que se trata do enfermeiro de saúde pública na comunidade. Percebe-se, no entanto, que esta designação não corresponde sempre a uma formação específica. Mesmo tendo em conta, como já anteriormente apresentado, que também em Portugal enfermeiros de cuidados gerais, intervêm junto de famílias e comunidades (OE, 2015), e como sublinham Guedes et

al., (2016), as evidências apresentadas sugerem que em Portugal, Espanha, Itália e Irlanda, o enfermeiro especialista de saúde pública é detentor de uma especialização académica, na forma de uma pós-graduação. Ao passo que, no caso do Reino Unido, pelo menos para alguns, parece tratar-se mais de uma designação de função na comunidade (NHS, 2020). Também se constatou que o enfermeiro especialista, com mestrado, que se está a formar na Alemanha, o faz para a área da saúde comunitária (DBfK, 2020).

Importa ainda realçar, que em alguns países coexistem as duas denominações, enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública. Para além do caso português, que já se explanou antes, também o Reino Unido e a Irlanda, aparentam ter enfermagem de saúde pública e comunitária. Mas percebe-se que prevalece, o enfermeiro de saúde pública, o *PNH*, sendo afirmado, no caso irlandês, que os enfermeiros comunitários são generalistas e trabalham com o *PHN* (ONM, 2020).

No caso do Reino Unido, parece ser mais uma questão de designação e papel na comunidade, já que são várias as designações para enfermeiros na comunidade, como "*District Nurse*", "*Health Visitor*" ou "*Public Health Nurse*", sendo que "*Community Nurse*" percebe-se aplicar-se a qualquer um, no sentido do tipo de exercício profissional que desempenha, mesmo que, "*Community Nurse*" seja usado também, para designar o enfermeiro que presta cuidados em casas e centros de cuidados, de acordo com Marshall (2019).

Como antes descrito, constataram-se alguns traços comuns notórios, como o facto de se tratar de uma especialidade, dentro da enfermagem, na maioria dos países. Neste sentido, pode-se apresentar o exemplo de Portugal, da Itália, da França. Os casos da Inglaterra e da Irlanda parecem fazer concluir que também existirá uma designação adquirida no contexto da prática, na medida em que se percebe que se distinguem pelo que exercem, mais do que por aquilo em que se formaram (NHS, 2020), (ONM, 2020). Da Espanha não se conseguiu obter informação a este respeito.

Outra semelhança que sobressaiu é a da existência de competências definidas, bem como de intervenções esperadas. Para além, de novo, do caso português (OE, 2018), pode-se apontar a Espanha, a Itália, a França e a Alemanha. No caso do Reino Unido existe um documento oficial e específico, saído do órgão regulador, que apresenta os *standards* da prática da enfermagem da saúde pública (NMC, 2015), e da Irlanda não se obtiveram evidências.

No que diz respeito às intervenções, estas parecem ser, ao mesmo tempo, a característica mais comum, na medida em que todos estes enfermeiros têm uma prática, mas também o campo em que se notam mais diferenças. Assim, como concluía o estudo espanhol de Gómara (2010), apesar das muitas competências e intervenções previstas, o trabalho destes enfermeiros está orientado sobretudo, para aquilo que se conhece como sistemas de informação e vigilância de saúde pública. De tal, se induz que será muito semelhante ao que se passará em Portugal. Mas, não se afigura, ser o caso de países,

como o Reino Unido e a Irlanda, até como ressalta do depoimento da PHN irlandesa (THOMPSON, 2015). Assim, o *PHN* acompanha crianças, adultos e idosos ao domicílio, nas escolas, ou nos lares residenciais. Mas também parece-nos ser o caso de Itália (UT, 2020), tal como apresentado, no programa de formação, e ainda no retrato feito da realidade francesa (AROMATARIO, 2004).

Este poderá ser até um traço importante a salientar da enfermagem de saúde pública, na medida em que, no caso de França, o enfermeiro de saúde pública surgiu no final dos anos 70, do século passado, marcado pelo desenvolvimento de um conjunto de instrumentos, que lhe permitiam uma certa autonomia de exercício profissional (AROMATARIO, 2004). Outros, como Subtil e Vieira, (2012), chamam a atenção para a necessidade de convocar a história, para melhor compreender em que se fundamentaram as opções políticas e sociais, e não somente as científicas. É, ainda, sempre relevante identificar, valorizar e fortalecer o que na prática acrescenta a intervenção e responsabilidades do enfermeiro de saúde pública, seja em Portugal, ou em qualquer país (CUNHA et al., 2019).

A WHO (1997), apresenta como conceito chave para o desenvolvimento futuro da enfermagem, a necessidade de criar um papel que é apropriado às necessidades de saúde das pessoas, mais do que às necessidades do sistema de saúde. Como sublinha a Federação Europeia de Associações de Enfermeiros, os enfermeiros, dada a natureza da sua profissão, estão idealmente equipados para promover a saúde pública, e colaborar com outros profissionais de saúde e de cuidado social, apoiando os pacientes e os cidadãos a alcançarem os seus objetivos em saúde, e a criar uma população mais saudável, nas palavras de Raeve (2016). Para o mesmo, a saúde pública tem muitas faces e muitas dificuldades a confrontar, mas muitas soluções estão disponíveis, nomeadamente, por parte da enfermagem, como aí aponta.

3 | CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

No contexto da realidade preocupante que se vive, a situação pandémica provocada pelo *SARS-CoV-2*, a *Covid-19*, parece ganhar maior importância a atuação do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública, a quem se dedica a escrita deste texto. A aparente inexistência de anteriores reflexões, publicadas sobre este tema, faz com que o mesmo possa ter uma importância especial para o conhecimento, neste campo específico.

Em todos os sete países europeus, sobre os quais se debruçou esta pesquisa e estudo, a partir de informações públicas e disponíveis, e de acordo com as orientações técnicas de alguns, sobre as competências e intervenções desenvolvidas, no âmbito da enfermagem de saúde pública, encontraram-se denominadores comuns, e divergentes também. Comum, à maioria, parece ser a existência de um enfermeiro dedicado à saúde pública, e tratar-se de um profissional detentor de uma especialização académica, que hoje toma a forma de um mestrado, como é bom exemplo, o caso da Alemanha.

Nos traços mais divergentes, entre os países apresentados, parece ressaltar a diversidade do tipo de intervenções. Se em Espanha dominavam as atividades relacionadas com a vigilância e controlo, de informação e vigilância da saúde pública, o que não será muito distinto do que acontece em Portugal, noutras realidades o campo de atuação deste profissional parece ser mais vasto, próximo das realidades das comunidades em que atua, marcado por uma autonomia, e ao mesmo tempo corresponsabilidade, determinantes.

Para finalizar, como implicações para a teoria, prática e investigação, neste campo, que nunca se esgotará, parece importante retomar a ideia veiculada pelo texto francês, de que o enfermeiro de saúde pública terá sido o primeiro a atuar com uma certa autonomia, no seu exercício profissional, face aos demais colegas. O que, nestes tempos incertos na área da saúde, pode ajudar a enfermagem a repensar o seu próprio lugar, hoje e no futuro.

REFERÊNCIAS

Almeida, RMF; Antunes, LMS; Barros, FM; Silva, RC. **Covid-19: um novo fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva**. Esc Anna Nery. 2021; 25(e20200118). Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0118

Aromatario, O. **Infirmière de santé publique: une approche diferente de l'homme et de sa santé**. Santé publique. 2004.Disponível em: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-2-page-353.htm

Cunha, C; Costa, A; Henriques, MA. **As intervenções e responsabilidades do enfermeiro de saúde pública em Portugal: uma scoping review**. Revista Enfermagem UERJ. 2019; 27(e37214). Disponível em: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37214

Cunha, C; Henriques, MA; Costa, A. **Investigação e inovação em saúde: intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública**. Revista ROL Enfermería. 2020; 43(Suppl1). Disponível em: https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/IC_RESEARCH_INNOVATION_DEVELOPMENT_NURSING-2019.pdf

DBfK - German Nurse Association. **Community Health Nursing - CHN**. 2020. Disponível em: www.dbfk.de/chn,https://www.pthv.de/chn/,https://www.uni-wh.de/gesundheit/department-fuer-flegewissenschaft/forschung-und-qualifikationsarbeiten/community-health-nursing-chn/

PORTUGAL. Decreto-Lei n. 104 de 21 de abril de 1998 (PT). Alterado pela Lei n. 111/2009, e republicado pela Lei n. 156/2015. **Cria a Ordem dos Enfermeiros**. Diário da República, Lisboa, 21 abr 1998: 1ª Série: 181.

Gómara, ER. **Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: enfermería de salud pública**. II Congreso Socinorte; 2010 mar. 25; San Sebastián. Disponível em: http://www.socinorte.com/informa/attachments/donostia/Enfermeria%20salud%20publica_Enrique%20Ramalle.pdf

Guedes, VMS; Figueiredo, MHS; Apóstolo, JLA. **Competências do enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários: da compreensão à concretização**. Revista de Enfermagem Referência. 2016; IV(8). Disponível em: http://dx.doi.org/10.12707/RIV15022

Linsley, P; Kane, R; Owen, S. **Nursing for public health: promotion, principles, and practice**. Lincoln: Oxford University Press; 2011.

Marshall, R. **Community nursing: what is the difference between community and district nursing?** Internet Blog; 2019. Disponível em: https://www.medacs.com/blog/2019/06/17/community-nursing-what-is-the-difference-between-community-and-district-nursing#.X8A7xGj7TIU

Melo, P. **Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública**. 1ª ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas; 2020.

NHS - National Health System. **Roles in nursing**. 2020. Disponível em: https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing

NMC - Nursing & Midwifery Council. **Standards of proficiency for specialist community public health nurses**. 2015. Disponível em: https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-of-proficiency-for-specialist-community-public-health-nurses.pdf

OE - Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento n. 190/2015, **Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Ordem dos Enfermeiros; 2015.

OE - Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento n. 428/2018, **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar**. Ordem dos Enfermeiros; 2018.

ONM - Office of the Nursing & Midwifery Services Director. **About public health nurses**. 2020. Disponível em: https://healthservice.hse.ie/about-us/onmsd/onmsd/specific-programmes/phn-community-registered-general-nurses.html

QNI - Queens Nursing Institute. **District Nurses**. 2020. Disponível em: https://www.qni.org.uk/nursing-in-the-community/work-of-community-nurses/district-nurses/

Raeve, P. **Nurses as public health leaders**. Pan European Networks: Government 20. 2016. Disponível em: http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/Nurses-as-public-health-leaders.pdf

RCN - Royal College of Nursing. **District and community nursing**. 2020. Disponível em: https://www.rcn.org.uk/library/subject-guides/district-and-community-nursing

Subtil, CL; Vieira, M. **Os tratados de polícia, fundadores da moderna saúde pública (1707-1856)**. Revista de Enfermagem Referência. 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn7/serIIIn7a19.pdf

Thompson, S. **A week in my . . . public health clinic: ‘generalist nature of our work is what makes it special**. The Irish Times. 2015. Disponível em: https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/a-week-in-my-public-health-clinic-generalist-nature-of-our-work-is-what-makes-it-special-1.2063089

UT - Università Degli Studi di Torino. **Infermieristica di Sanità Pubblica**. 2020. Disponível em: http://www.corep.it/9-master-in-corso/77-master-sanita-pubblica.html

WHO - World Health Organization. Regional Office for Europe. **Nursing in Europe: a resource for better health**. Salvage, J; Heijnen, S. (Eds.), WHO regional publications, European series. 1997;(74).

CAPÍTULO 12

O PAPEL DA LIDERANÇA DE ENFERMAGEM COMO MOTOR DO PROGRESSO DA PROFISSÃO

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 25/10/2021

Carlos Manuel Nieves Rodriguez
Enfermeiro y professor de Enfermagem na Universidade das Ilhas Baleares
Palma de Mallorca-Espanha
https://orcid.org/0000-0001-5062-1989

David Gómez Santos
Técnico cuidados auxiliares de Enfermagem. Hospital Universitário Son LLàtzer. (Palma de Mallorca)
Palma de Mallorca-Espanha

RESUMO: Introdução: A liderança é um fenómeno sociológico presente em todos os grupos humanos, baseia-se na influência exercida por um indivíduo sobre um grupo de pessoas, a fim de alcançar um objectivo comum. Objectivos: Efectuar uma revisão bibliográfica da literatura científica sobre liderança na supervisão de enfermagem. Método: O trabalho realizado consiste em duas partes, a primeira baseada numa pesquisa bibliográfica e a segunda, não menos importante, centrada num estudo observacional realizado no Complexo Hospitalar de Soria.Quanto à pesquisa bibliográfica da literatura científica disponível, esta foi realizada entre Novembro de 2020 e encerrada em Setembro de 2021. Diferentes bases de dados foram pesquisadas electronicamente, como por exemplo: Cuiden, Scielo e Dialnet. Pubmed, ScienceDirect foram utilizados como mecanismo de pesquisa. Resultados: A liderança eficaz baseia-se na escolha do tipo de liderança, nas características básicas do líder (inata ou adquirida) e nos seus comportamentos. Se estes elementos coincidirem com as necessidades do grupo de enfermeiros, serão obtidos melhores cuidados de enfermagem e com isso uma melhoria da saúde do paciente. Conclusões: Existe actualmente uma crise de liderança na enfermagem que dificulta a implementação de uma liderança eficaz, sendo as mudanças estruturais e a educação os melhores instrumentos para a combater.
PALAVRAS-CHAVE: Liderança, Enfermagem, Supervisora, Gestão.

THE ROLE OF NURSING LEADERSHIP AS A DRIVER OF THE PROFESSION'S PROGRESS

ABSTRACT: Introduction: Leadership is a sociological phenomenon present in all human groups; it is based on the influence exerted by an individual over a group of people to achieve a common goal. Objectives: To perform a literature review of the scientific literature on leadership in nursing supervision. Method: The work carried out consists of two parts, the first based on a bibliographic search and the second, no less important, focused on an observational study carried out in the Soria Hospital Complex. As for the bibliographic search of the available scientific literature, it was carried out between November 2020 and closed in September 2021. Different databases were searched electronically, such as Cuiden, Scielo and Dialnet. Pubmed, ScienceDirect were used as search engine. Results: Effective leadership is based on the

choice of leadership type, the basic characteristics of the leader (innate or acquired) and their behaviours. If these elements coincide with the needs of the group of nurses, better nursing care will be obtained and with it an improvement in the patient's health. Conclusions: There is currently a leadership crisis in nursing which hinders the implementation of an effective leadership, with structural changes and education being the best tools to combat it.
KEYWORDS: Leadership, Nursing, Supervisor, Management.

INTRODUÇÃO

Uma infinidade de definições de liderança foram desenvolvidas, mas a maioria dos autores concordam que é um processo de influência, entre o líder e o grupo de pessoas influenciadas, no qual seus esforços são coordenados como uma meta ou atingir alguns objetivos. Portanto, a liderança deve ser entendida como um processo coletivo, determinado pela interação entre o comportamento e as características do líder e as capacidades e perspectivas dos liderados, que ocorre em um contexto específico, onde o líder direciona as opiniões e ações do grupo para o comum objetivo para todos.

Liderança e supervisão em enfermagem

A enfermagem tem sido definida, de forma tradicional, como um trabalho individual, onde o enfermeiro se incumbe de atender certas necessidades do paciente, dependendo da doença por ele sofrida. Hoje, a enfermagem posiciona-se como pilar fundamental dentro da equipe interdisciplinar, englobando diversos profissionais e atuando como centro de uma estrutura de saúde voltada para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos.

Portanto, se a enfermagem ocupa um papel tão importante dentro da equipa interdisciplinar, é lógico pensar que sua influência vai além das competências e atividades que lhe são atribuídas nas quatro funções de enfermagem (cuidar, docência gerencial e pesquisa). Pucheu descreve que o enfermeiro tem a capacidade de "influenciar seus colegas e subordinados para superar problemas, modificar práticas de trabalho ou adquirir novas competências". Essas capacidades fazem do enfermeiro uma referência para a equipa, na medida em que sua atuação é um exemplo de conduta para os demais profissionais. Mesmo no dia a dia da profissão, o enfermeiro parece ser obrigado a aperfeiçoar suas qualidades de líder, pois os problemas que surgem exigem um profissional com iniciativa, capacidade de resolver todo tipo de situações, hábil no relacionamento social e com criatividade. Valderrama refere-se ao enfermeiro como "um arquiteto de mudanças" na medida em que deve ser responsável por promover modificações que melhorem o funcionamento da organização.

No que se refere às tarefas que devem ser próprias do líder de enfermagem, destaca-se o trabalho de Sousa et al6, no qual destacam que as próprias tarefas do enfermeiro inevitavelmente o fazem ocupar o papel de líder da equipa. Por sua vez, Madrid et al

definem o supervisor de enfermagem como uma “posição intermediária na organização”, responsável por aumentar a qualidade e eficiência do cuidado. Assim, diversos autores especificam que as atividades de um supervisor de enfermagem seriam: “treinar, estabelecer metas, projetar e desenvolver outras competências”, planejar, dirigir e avaliar os serviços oferecidos pela enfermagem e:

- Manter a disciplina e o interesse no trabalho.
- Promover e facilitar a comunicação entre os diferentes serviços e níveis da organização.
- Organizar o uso de recursos materiais.
- Promover o desenvolvimento profissional do pessoal sob sua responsabilidade, por meio da participação em cursos de formação contínua.
- Desenvolver e promover o trabalho em equipa.

O grande número de atividades atribuídas ao supervisor, que não podem ser delegadas, exige um planejamento estruturado do seu tempo, pois Balderas recomenda uma certa distribuição de tempo que permite melhorar a eficiência nas principais áreas e competências atribuídas a um supervisor (Tabela 1).

Distribución del tiempo de una supervisora de enfermería				
Profesionales 45%	Pacientes 20%	Servici o	Docenci a	Otras actividades 5%

Tabela 1. Distribuição de tempo de uma supervisora de enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

A comunicação é considerada fundamental dentro do processo de influenciar o grupo, por meio dela o supervisor consegue planejar encontros com os enfermeiros, nos quais identificam problemas, pactuam soluções, reconhecem conquistas e motivam a equipa.

Muitas vezes, a capacidade de liderança é atribuída à pessoa que ocupa o cargo de supervisão, mas isso não é correto, uma vez que qualquer chefe não é um líder. O conjunto de comportamentos, características e atitudes é o que vai determinar se um chefe é capaz de exercer a influência necessária para se tornar um líder.

A seguir, pode-se observar uma série de traços que permitem diferenciar as atitudes de um gerente e de um supervisor líder (Tabela 2).

DIFERENCIAS ENTRE GESTOR Y LÍDER	
De gerencia a liderazgo	
Gerencia	Liderazgo
Planificación y presupuesto Organización y asignación de personasResolución de problemas Predicción y orden	Dirección Alinear a las personasMotivar e inspirar Producir cambios
De gestor a líder	
Gestor	Líder
Racional y frio Persistente y analítico Inflexible y estructurado Mantener y repetir Independiente Prudente Autoritari o Plantea pasos detallados	Visionario y apasionadoInnovador y emocional Flexible e imaginación Cambiar y experimentar Interdependiente Buscar el riesgo controladoDelega Visión de futuro

Tabela 2: Diferenças entre gerente e líder.

Fonte: Elaboração própria.

Na prática, a liderança na supervisão de enfermagem não é tão difundida como se poderia imaginar, uma vez que a liderança é exercida apenas parcialmente, e é muito difícil encontrar uma liderança totalmente integrada e eficaz. Isso pode ser devido ao fato de que a causa dos problemas do serviço / unidade está fora da capacidade de atuação da supervisora, o impacto da supervisora é limitado pelo acesso aos recursos, pelo tempo disponível e pelas demandas de seus superiores.

Por outro lado, as relações pessoais entre o supervisor e o enfermeiro são outro fator considerado importante para o exercício da liderança, pois afetam positivamente o ambiente de trabalho e a satisfação no trabalho, mas têm um efeito negativo na eficácia, na medida em que lhes é permitida uma maior flexibilidade no em conformidade com os regulamentos.

OBJETIVOS

O objetivo geral desta revisão bibliográfica é:

- Realizar uma revisão bibliográfica da literatura científica sobre liderança em supervisão de enfermagem.

Os objetivos específicos são:

- Determine qual é o estilo de liderança mais eficaz na supervisão de enfermagem.
- Identificar as características que definem um supervisor de enfermagem líder.

MÉTODO

O trabalho realizado consiste em duas partes, uma primeira baseada numa pesquisa bibliográfica e uma segunda, não menos importante, centrada num estudo observacional realizado no Complexo Hospitalar de Soria.

No que se refere à busca bibliográfica da literatura científica disponível, esta foi realizada entre novembro de 2020 e encerrada em setembro de 2021. Diferentes bases de dados foram pesquisadas eletronicamente, como: Cuiden, Scielo e Dialnet. Pubmed, ScienceDirect foi usado como mecanismo de busca. Outros recursos utilizados foram: monografias, livros, projetos de conclusão de curso, projetos de conclusão de mestrado e periódicos especializados e universitários: Global Nursing, Scientific Nursing Development, Psychodebate: Psychology, Culture and Society e Virtual Science and Health.

As palavras-chave utilizadas durante a busca na literatura foram: liderança, enfermagem, supervisor e gestão. Embora a pesquisa tenha sido completada com outros termos como: (valores trabalhistas, EFQM, investigação, qualidade, evolução, gerente, estilos, enfermeiro), líder (líder), integridade (integridade), satisfação (satisfação), burnout (burnout), trabalho satisfação (satisfação no trabalho), influência (influência) e clima organizacional (clima organizacional). Como operador booleano, foi utilizado o seguinte: AND.

A fim de selecionar documentos científicos válidos para este trabalho, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos científicos que não ultrapassem 10 anos até a data atual.
- Documentos anteriores à data de inclusão e que, pela sua contribuição, são considerados essenciais.
- Documentos científicos redigidos em espanhol, inglês ou português.
- Artigos que contenham qualquer uma das palavras-chave descritas acima.

E foram excluídos os documentos que estavam duplicados ou que não pertenciam ao assunto a ser estudado: lideranças.

Por fim, dos 683 artigos obtidos em diversas bases de dados e buscadores, 27 foram selecionados por serem úteis para a revisão bibliográfica (Tabela 3).

Em relação ao estudo realizado, é um estudo descritivo e observacional e dirigido aos enfermeiros de seis unidades / serviços do Complexo Hospitalar da Soria.

O questionário foi elaborado para este estudo com o objetivo de fornecer informações atualizadas e atualizadas que permitissem uma resposta mais completa aos objetivos

estabelecidos. Foi elaborado em papel e é composto por duas partes, uma primeira onde são explicados o conteúdo da pesquisa, sua finalidade, seu anonimato e solicitada a colaboração da enfermeira, e uma segunda parte que consiste em oito questões, seis com múltiplas respostas e dois com resposta aberta. Os dois primeiros focavam na percepção da liderança e do enfermeiro supervisor como líder, os próximos dois nas características que este deve ter, o quinto coletariam dados sobre os objetivos de um líder e os três últimos nos dariam as chaves para o tipos de líderes do Complexo Hospitalar de Soria.

A população em estudo foi de sessenta enfermeiras, dez de cada um dos seguintes serviços: Pediatria, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva, Radiodiagnóstico, Emergência e Diálise. Os critérios de inclusão foram que trabalhassem em uma das unidades indicadas, tivessem anuência da enfermeira e de seu supervisor e pudessem entregar e recolher pessoalmente o questionário.

O procedimento foi realizado entre os meses de março e abril de 2021. Os inquéritos foram distribuídos e recolhidos manualmente. Concluímos a distribuição dos questionários quando atingimos o número desejado de 60 questionários preenchidos, este valor foi apurado verificando que o serviço com menos recursos humanos contava com 10 enfermeiros, portanto este era o valor exigido em todos os serviços, e no outro, por outro lado, consideramos que 6 unidades / serviços eram suficientes para os objetivos deste estudo.

Estamos cientes da limitação do estudo, visto que o estudo não atingiu 100 sujeitos do estudo e não tínhamos todos os enfermeiros de cada um dos serviços / unidades consideraram o estudo de caráter indicativo.

Para garantir o anonimato , os participantes e seus respectivos supervisores de enfermagem foram informados e solicitados verbalmente. Os dados extraídos foram usados exclusivamente para fins comparativos.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA EN DIVERSAS BASES DE DATOS Y BUSCADORES			
Bases de datos	**Palabras clave**	**RO**	**RV**
Scielo	"Líder" AND "Enfermería" AND "Integridad"	1	1
	"Leadership" AND "Nursing" AND " Management"	81	4
	"Liderazgo" AND "Burnout"	7	1
	"Liderazgo" AND "Satisfacción Laboral"	24	2
	"Liderazgo" AND "Enfermería"	191	10
Cuiden	"Liderazgo" AND "Enfermería" AND "Supervisora"	9	1
	"Enfermería" AND "Valores Laborales"	34	1
Dialnet	"Leadership" AND "Evolution" AND "Quality"	19	1
	"Enfermería" AND "Supervisora" AND "Investigación"	21	1
	"Leadership" AND "EFQM"	8	1
	"Enfermería" AND "Supervisora" AND "Evolución"	2	1
Buscadores	**Palabras clave**	**RO**	**RV**
Pubmed	"Leadership" AND "Nurse" AND "Styles" AND "Managers"	64	1
ScienceDirect	"Liderazgo" AND "Enfemería" AND "Gestor" AND "Satisfacción"	179	1
	"Liderazgo" AND "Clima organizacional" AND "influencia"	43	1
RO: resultados obtenidos. **RV**: Resultados válidos. Configuración propia			27

Tabela 3: Resultados da pesquisa em vários bancos de dados.

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

Para o desenvolvimento dos resultados e a discussão foram utilizadas tanto as informações da bibliografia científica relacionadas às palavras-chave quanto os resultados obtidos na pesquisa distribuída entre a equipe de enfermagem do Hospital Santa Bárbara de Sória.

Escolha do estilo de liderança na supervisão de enfermagem

A escolha do estilo de liderança é considerada por todos os autores um fator decisivo para o sucesso do supervisor líder na chefia de uma equipe de enfermagem. González et al, indicam que o estilo de liderança escolhido pode afetar a motivação e a satisfação profissional da equipe de enfermagem, alguns autores consideram que essa influência é muito maior e que o supervisor pode alterar a escala de valores dos enfermeiros.

Essa preocupação com os seguidores é uma característica associada à liderança voltada para o relacionamento e coincide com os resultados de Badillo et al que afirmam que dentro de seu grupo de estudo predominam valores coletivos como: benevolência, segurança e estímulo, características todas associadas à liderança voltada para o relacionamento.

Porém, outros estudos, como o de Aguilar et al, concluíram que os valores prioritários para os enfermeiros em seu estudo foram: autoridade / poder, tradição e segurança, todos valores relacionados à liderança associados aos objetivos.

Essa contradição é resolvida por Soria, afirmando que "a maioria dos líderes usa tanto a liderança orientada para a tarefa quanto para a meta". Aspecto verificado por outros

autores, que concordam com a ideia de que mais do que o mesmo tipo de liderança pode ser exercido ao mesmo tempo. Isso seria consequência do fato de os modelos não serem exclusivos e alguns estilos podem ter características compatíveis.

A combinação acima pode ocorrer com um dos estilos de liderança associados à participação. A liderança autocrática costuma ser utilizada em conjunto com a liderança orientada para objetivos, é eficaz para trabalhos pouco qualificados e seria ideal para situações que exigem decisões rápidas, mas causaria desmotivação nos seguidores.

Segundo Lanzoni et al, os líderes de enfermagem atualmente tendem a escolher estilos de liderança democráticos. Isso pode ser devido ao fato de que "aumenta a motivação, a satisfação no trabalho e ajuda a desenvolver habilidades profissionais", como aponta Soria, embora ele aponte que esse estilo é adequado quando "a qualidade é mais importante do que a velocidade ou a produtividade". Ao contrário, o estilo liberal é considerado por diversos autores, como um entrave ao alcance dos objetivos.

Por outro lado, existe a possibilidade de utilizar uma das lideranças descritas no modelo Bass. Vários autores afirmam que a liderança transformacional é o estilo que pode conseguir as maiores mudanças nos seguidores. Além disso, produz maior satisfação no trabalho e melhor clima organizacional do que os demais tipos de liderança do modelo. No entanto, Carmaco e cols. afirmam que a liderança transacional predominou entre seus respondentes em decorrência da carga de trabalho, das políticas internas e da necessidade de cumprimento de objetivos.

Em relação aos resultados do nosso estudo, especificamente na questão referente a este aspecto,a percepção dos participantes sobre os estilos de liderança no Modelo Kurt Lewin foi de que o estilo democrático prevaleceu, sendo percebido preferencialmente por 33 dos 60 entrevistados. Isso reafirma a ideia, anteriormente mencionada, de que atualmente os líderes tendem a atitudes democráticas, sendo também o único estilo percebido em todos os serviços. Os estilos autoritário e liberal obtêm resultados muito semelhantes, sendo o autoritário percebido por quatorze enfermeiras, enquanto o liberal é percebido por treze. Ressalta-se que o estilo autoritário não é representativo nas unidades/serviços onde é frequente a necessidade de tomada de decisões urgentes (UTI e Emergências). Por outro lado, os resultados obtidos no estilo liberal em quase todos os serviços indicam a percepção da ausência da supervisora nas unidades por parte de alguns participantes (13 das 60) e a necessidade de ela intervir mais no ambiente laboral e em profissionais.

Características de um supervisor líder

Desde as primeiras teorias de liderança, formuladas no início do século 20, a abordagem dos traços tem defendido a existência de uma série de qualidades que fazem a diferença entre quais pessoas podem se tornar líderes e quais não podem. Por outro lado, também argumenta que essas qualidades podem determinar se os líderes cumpririam suas funções de forma eficaz. Uma questão básica dentro do estudo da liderança é se

as pessoas podem adquirir as qualidades que as tornam líderes ou são inatas, por isso comparamos a bibliografia disponível e compilamos a opinião de um grupo de enfermeiras do Complexo Hospitalar de Sória.

No estudo realizado por Valderrama as enfermeiras mostraram opiniões que geraram dois grupos, aquelas que defendiam a possibilidade da liderança inata e, por outro, a liderança como algo adquirido, com a qual não puderam concluir que um dos grupos prevalecia sobre o outro. Nessa mesma linha, posicionam-se Guevara e cols., equidistantes a esse respeito, afirmando que "a liderança é concebida como algo inato e adquirido, o que significa que o líder de enfermagem é aquele que nasce com essa condição e ao mesmo tempo se torna", portanto, afirmam que ambas as opções estão corretas.

Coincidindo com eles, 34 das enfermeiras participantes de nossa pesquisa indicaram que a liderança é uma qualidade inata em comparação com 26 enfermeiras que expressaram que a liderança é uma qualidade adquirida. No entanto, de forma espontânea, muitos participantes refletiram que embora considerem que existem qualidades inatas, outras podem ser aprendidas e desenvolvidas, afirmação que concorda com Sousa et al.

A falta de unanimidade nas conclusões dos autores comparados corrobora as propostas feitas por Lupano e cols., que afirmam que "um dos principais motivos pelos quais a abordagem dos traços não teve grande impacto no meio acadêmico é a enorme variedade de resultados encontrados, o que tornou possível a síntese e avaliação específica de cada uma das características com vista à identificação de potenciais líderes, notavelmente difícil". Essas ideias justificam a opinião majoritária atual de que não existem certas características que fazem de uma pessoa um líder e mantém outras abordagens (comportamentais, situacionais) como uma prioridade para explicar a liderança. Deve-se levar em consideração a repetição de certas qualidades por diversos autores, o que permite avaliar a possibilidade de que existem certas características que melhoram a eficácia da liderança, tais como: responsabilidade, ser comunicativo, ter visão de futuro, ser motivador e ter criatividade.

Consequências da liderança na supervisão de enfermagem

A liderança está intimamente ligada ao alcance dos objetivos da organização, o líder passa a ser o protagonista de um processo de mudança que busca modificar as intervenções e atitudes do grupo. Um supervisor de enfermagem que atinge a influência necessária para se tornar um líder tentará orientar os esforços da equipe para atingir esses objetivos. No entanto, será o conjunto de suas características, seus estilos de liderança e seus comportamentos que determinarão se eles são capazes de se tornar um líder eficaz, uma vez que os supervisores podem facilitar o avanço em direção aos objetivos induzindo seus enfermeiros a defenderem valores comuns e favorecendo um clima de mudança e apoio mútuo, mas também podem levar a comportamentos negativos, situações de tensão e atitudes prejudiciais que dificultariam o alcance dos objetivos. A prática de liderança

efetiva ou ineficaz se reflete em múltiplos aspectos que podem afetar os pacientes, a saúde do enfermeiro e o funcionamento da instituição.

CONCLUSÕES

A maior parte da bibliografia existente sobre liderança em enfermagem provém de países anglo-saxões e seria aconselhável promover o desenvolvimento de estudos sobre o assunto na América Latina.

A opinião dos enfermeiros consultados pertencentes ao Complexo Hospitalar de Soria sobre as questões colocadas no questionário coincide com as ideias expressas pelos autores da bibliografia analisada, exceto quanto à prioridade sobre os métodos de influenciar a equipe, sendo as ações diretas mais opção importante escolhida por enfermeiras, enquanto vários autores destacam a importância de servir de exemplo.

Não se percebe uma liderança totalmente integrada entre os supervisores de enfermagem, tanto na bibliografia consultada quanto no estudo realizado.

Os estilos de liderança em enfermagem podem ser apresentados de forma única, juntos e combinados, embora possamos concluir que não existe um estilo de liderança adequado em todos os ambientes. Assim, no cenário de nossa pesquisa, o estilo democrático é percebido como o mais adequado pelos enfermeiros.

A liderança situacional é considerada o estilo que melhor se adapta aos diferentes problemas e necessidades do grupo, enquanto a liderança transformacional consegue as maiores mudanças nos valores e na motivação do enfermeiro.

Todos os supervisores podem desenvolver suas habilidades de liderança, embora para alguns seja mais fácil ter habilidades inatas.

A bibliografia existente sobre liderança descreve muitos de seus elementos, entretanto, praticamente não existem estudos que visem conhecer métodos para usar a influência sobre o grupo.

Atualmente existe uma crise de liderança dentro da enfermagem, o que requer mudanças estruturais e treinamento em ferramentas de liderança para manter e potencializar a influência dos supervisores.

A educação é o recurso mais útil para os supervisores que buscam implementar uma liderança efetiva e contínua, tanto para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes que melhorem sua liderança, quanto para a transmissão de ideias e conhecimentos aos enfermeiros.

A liderança dos supervisores afeta áreas importantes como a satisfação dos enfermeiros, o ambiente de trabalho e a organização da assistência, aspectos que podem condicionar o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de maior qualidade ou comportamentos hostis dos enfermeiros. O aparecimento de um ou de outro acabará por afetar o estado de saúde dos pacientes

REFERÊNCIAS

Aguilar MC, Calvo A, García MA. **Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería**. Salud Pública de México [Revista en Internet] 2007 septiembre [acceso 14 de outubro de 2021]; 49(6): 401-407. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036- 36342007000600006

Balaguer G. **Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera de Cuidados Paliativos** [Trabajo Fin de Grado]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2014.

Castro J, González M, Guenaga G, Mijangos J. **El factor liderazgo en el Modelo EFQM de Excelencia: análisis empírico en el País Vasco**. Estud Econ Apl [Revista en Internet] 2009 marzo [acceso 14 de outubro de 2021]; 27(2): 1–34. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3056983.

Estrada S. **Liderazgo a través de la historia**. Univ Tecnológica de Pereira [Revista en Internet] 2007 mayo [acceso 12 de otubro de 2021]; (34): 343-348. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808064.

González L, Guevara E, Morales G, Segura P, Luengo C. **Relación de la satisfacción laboral con estilos de liderazgo en enfermeros de hospitales públicos**. Ciencia y enfermería XIX [Revista en Internet] 2013 enero [acceso 12 de outubro de 2021]; (1): 11-21. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717- 95532013000100002

Lanzoni GM, Meirelles BH. **Liderazgo del enfermero: Una revisión integradora de la literatura**. Rev Latino-Am Enferm [Revista en internet] 2011 junio [acceso 13 de outubro de 2021]; 19(3): 651-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104- 11692011000300026&script=sci_arttext&tlng=es.

Moura GM, Magalhaes AM, Dall'agno CM, Juchem B, Marona D. **Liderazgo en enfermería: análisis del proceso de elección de jefes**. Rev Latino-Am Enferm [Revista en internet] 2010 diciembre [acceso 11 de outubro de 2021]; 18(6): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_09.pdf.

Nunes EM, Gaspar MF. **Leadership in nursing and patient satisfaction in hospital context**. Rev. Gaúcha Enferm. [Revista en Internet] 2016 mayo [acceso 02 de outubro de 2021]; 37(2): 1-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983- 14472016000200403&script=sci_arttext&tlng=en.

Pucheu JA. **Liderazgo transformacional como relación de ayuda en enfermería** [Trabajo Fin de Grado]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Doctorado en Psicología; 2009.

Valderrama ML. **Experiencias exitosas de liderazgo en enfermería**. Revista Cuidarte [Revista en Internet] 2014 [acceso 12 de outubro de 2021]; 5(2): 765-773. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216- 09732014000200008&script=sci_abstract&tlng=es.

CAPÍTULO 13

PERCEPÇÃO DAS MULHERES HOMOAFETIVAS ACERCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE DA MULHER NO SUS

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 25/08/2021

Carina Silva Nunes
Enfermeira Pós graduada do Programa de Pós graduação Multiprofissional em Saúde coletiva com ênfase em Atenção Primária/ Saúde na Universidade FEEVALE
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
http://lattescnpq.br/8175741104586746

Janifer Prestes
Mestre e Doutora em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade FEEVALE
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/6090469940504842

RESUMO: Objetivo: identificar a percepção das mulheres homoafetivas acerca dos atendimentos em saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. **Método:** estudo qualitativo descritivo, realizado com 7 mulheres homoafetivas, todas residentes da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, através da técnica *snowball* (bola de neve), as entrevistas ocorreram por meio de contato telefônico em função da pandemia do COVID-19 e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde. **Resultados:** Observou-se que apesar da maioria das participantes considerar importante e realização dos atendimentos em saúde da mulher, algumas não consideram necessário em função de terem relação sexual apenas com mulheres; em relação a percepção dos atendimentos oferecidos pelos serviços de saúde, a maioria considera inadequados à mulheres homoafetivas, sendo que não levam em consideração as especificidades das mesmas, sendo o atendimento realizado como heteronormativo, somente uma das participante relata já ter sofrido com o preconceito durante os atendimentos em saúde, porém a maioria diz não ter se sentido confortável para expor sua orientação sexual ao profissional durante o atendimento. **Considerações finais:** para a promoção da saúde da mulher homoafetiva é preciso haver um atendimento baseado nas suas especificidades, livre de discriminação e preconceitos, para tanto é fundamental formação adequada e humanização dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher; Mulher Homoafetiva, LGBT, SUS.

PERCEPTIONS OF LGBT WOMEN REGARDING TO WOMEN'S HEATH CARE IN SUS

ABSTRACT: Purpouse: Understand the perceptions of LGBT Women regarding the woman's heath care provided by the brazilian's Health Care Unic System (SUS). **Method:** Throught a qualitative descritive study and the Snowball Technique, 7 (seven) LGBT Woman, all of them residing at the metropolitan region of Porto Alegre in Rio Grande do Sul, were interviewed. All the the interviews were made by telephone call in consequence of COVID-19 global pandemic. The participants signed a document allowing the

freely use of the interviews on this research according to nº 466/2012 National Health Care Council Resolution. **Results:** Altought, the majority of woman interviewed, understand the importance of appointments focous on woman's health, some of them don't think its applyies to their reality, since they only have sexual relations with other women. The fact that the process its made according to heteronormative directives, these womens belive the methods are inadequate for them. Despite just one of the interviewed report having been surffered prejudice the most of women attends this research, told that they don't feel comfortable to tell their sexual orientations for the health professionals during the process. **Concluding Remarks:** For the existence of an effective health care system, suited for LGBT women, its necessary the adequacy of the methods to their reality and needs, free from descrimination and prejudice. The achievement of this reality its only possible throught an formative, educational e humanized, of the health care professionals.
KEYWORDS: Women health care; LGBT women, LGBT, SUS.

1 I INTRODUÇÃO

O contexto histórico das mulheres, a discriminação, a desigualdade e violações dos seus direitos foram critérios para a criação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Com o surgimento da política em prol das mulheres, foi preconizado um atendimento humanizado e com qualidade no Sistema Único de Saúde. Caracterizando reconhecimento e respeito aos seus direitos, garantindo atenção integral às suas necessidades de saúde e bem estar (BRASIL, 2011a).

No âmbito da saúde, as questões referentes à saúde da mulher estão em pauta, trata-se de uma área que enfrenta vários obstáculos durante toda a história da humanidade. A política da saúde da mulher visa orientar que os profissionais de saúde para que possam observar as necessidades das mulheres de forma completa, visando atendimentos integrais. Incluem-se neste grupo as mulheres homoafetivas, que assim como as heterossexuais necessitam de devida atenção em sua saúde, porém conforme suas especificidades (BRASIL, 2011a).

Vindo ao encontro das diretrizes do SUS e da PAISM, a política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) que foi implementada em 2008, visa garantir o atendimento integral, livre de preconceitos e de forma universal a toda a população LGBT, de acordo com as suas especificidades (BRASIL, 2011b).

A população homoafetiva teve diversas conquistas ao longo dos tempos, porém programas de saúde relacionados à saúde da mulher seguem privilegiando as mulheres heterossexuais, tendo o seu enfoque na mulher em sua questão reprodutiva. Sendo assim as mulheres homoafetivas enfrentam várias barreiras para revelar a sua orientação sexual nos atendimentos em saúde da mulher, causando assim, provavelmente um impacto negativo na qualidade do atendimento, especialmente na Atenção Primária, onde se deve

atentar para a criação do vínculo entre profissional e usuária (TEODORO et al, 2014).

O enfermeiro tem como uma de suas competências na atenção primária a realização de ações em saúde, sendo que há necessidade de ações específicas para a comunidade LGBT, buscando-se desta maneira manter o princípio da equidade nas ações em saúde. Em estudo realizado por Alves e Gonçalvez (2016), os resultados demonstram que os conselhos de enfermagem não se posicionam a respeito da humanização para a população LGBT, visto que os profissionais de enfermagem possuem pouco conhecimento a respeito do tema.

Observa-se grande carência de publicações científicas no âmbito da enfermagem no que tange a temática homossexualidade, demonstrando assim a necessidade de discutir e capacitar os profissionais sobre os princípios da PNSILGBT.

A carta dos direitos dos usuários da saúde, do Ministério da Saúde, do ano de 2011, traz que:

> É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (BRASIL, 2011c).

Com base nestas considerações, juntamente das leituras referentes ao tema, questiona-se: qual a percepção das mulheres homoafetivas sobre os atendimentos em saúde da mulher realizados no SUS? E, a fim de responder este questionamento, o objetivo deste estudo foi o de identificar a percepção de mulheres homoafetivas sobre os atendimentos em saúde da mulher realizados em serviços da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter transversal e exploratório. Participaram do estudo 7 mulheres, com idades entre 23 à 45 anos, residentes da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de outubro a dezembro de 2020. A seleção da amostra foi feita através da técnica *snowball* (bola de neve), até atingir o ponto de saturação, material suficiente para alcançar os objetivos da pesquisa (VINUTO, 2014).

O presente estudo seguiu as recomendações éticas para a realização de pesquisas com seres humanos vigentes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012). Como permite a Resolução n° 03/2013 da Universidade Feevale com o parecer favorável da pesquisadora responsável (orientadora), a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (FEEVALE, 2013).

As participantes foram esclarecidas antecipadamente sobre os objetivos da pesquisa

e não foram expostas a riscos, garantiu-se o anonimato dos participantes, e as mesmas foram orientadas que poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento. Os dados serão mantidos sob sigilo e guarda da pesquisadora por 5 anos, e após, serão destruídos. A formalização do aceite de participação da pesquisa se deu através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o mesmo foi assinado pelo pesquisador responsável, escaneado e enviado as participantes que assinaram, fotografaram e devolveram a imagem para a aluna pesquisadora. Em virtude do atual momento que estamos vivenciando no ano de 2020, e as orientações de distanciamento social em virtude da pandemia COVID-19, as entrevistas ocorreram por meio de contato telefônico, assim protegendo-as de qualquer possibilidade de contágio com o vírus oriundo desta pesquisa. Utilizou-se para a coleta de dados uma entrevista semiestruturada relativa a temática e objetivos da pesquisa (APÊNDICE B).

Cabe aqui relatar que tinham participado da pesquisa 9 mulheres, porém duas entrevistadas entraram em contato com a pesquisadora na sequência desistindo de participar do estudo alegando vergonha e não querer se expor, por mais que se garantiu as mesmas que se matéria o anonimato e privacidade de suas identidades, tal situação demonstra a dificuldade das mulheres homoafetivas em falar sobre sua saúde sexual.

3 | ANÁLISE DOS DADOS

3.1 Categoria 1 – Percepção da importância dos exames preventivos para a saúde da mulher homoafetiva

Por muitos anos a saúde da mulher brasileira foi vista como um cuidado materno-infantil, com enfoque apenas no seu papel de mãe e doméstica, onde se tinha apenas atenção a mulher no seu ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2011a).

As demandas específicas, quanto às mulheres homoafetivas, ressentem-se de acolhimento face aos preconceitos sexuais, porém nos dias atuais a sociedade começa a compreender que a homoafetividade não é boa nem má, mas é uma condição que esteve sempre presente em toda a história da humanidade. O movimento homoafetivo vem conquistando através dos tempos inúmeras vitórias na garantia de direitos, porém podemos observar que os valores reivindicados por eles são muitos e as conquistas apesar de lenta já começam a ocorrer, como foi o caso das leis anti-homofobia e a união civil entre homoafetivos. Porém os programas de assistência à saúde da mulher continuam privilegiando pessoas heterossexuais, com enfoque particular na saúde reprodutiva. Desse modo, elas enfrentam inúmeras barreiras para revelar sua orientação sexual nos serviços de saúde, tendo como consequência um provável impacto negativo na qualidade da assistência tornando fundamental um vínculo direto entre profissional-usuário, especialmente na atenção à saúde da mulher, onde deve ser considerada a relevância da

abordagem da sexualidade (TEODORO et al, 2014).

De acordo com os dados do INCA, 2020, estimam-se que 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres, o câncer de mama feminina ocupa a primeira posição mais frequente em todas as Regiões brasileiras, com um risco estimado de 71,16 por 100 mil na Região Sul, onde a atual pesquisa foi realizada. Já o número de casos novos de câncer do corpo do útero esperados, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 6.540 casos novos em mulheres. Esse valor corresponde a um risco estimado de 6,07 casos novos a cada 100 mil mulheres, ocupando a oitava posição mais frequente no país e a decima primeira posição na região Sul. De acordo com a American Cancer Society, em recente estudo (2019), estima que 70% dos casos de câncer do corpo uterino são associados ao excesso do peso corporal e à falta de atividade física (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

Neste contexto, as entrevistadas foram indagadas sobre seu conhecimento em relação aos exames preventivos de saúde da mulher oferecidos pelo SUS, entre eles o exame de citopatológico do colo uterino, exame clínico das mamas e mamografia, além dos testes rápidos para identificação de ISTs. Em suas falas observa-se que uma grande parcela das entrevistadas reconhece a importância de realizar exames preventivos e busca os serviços de saúde da mulher:

> "Sim, utilizo o SUS pra fazer o exame preventivo né, o CP." (Lótus).
>
> Sim, costumo procurar o SUS para fazer o exame de pré-câncer, na verdade o exame de mamas não fiz ainda pelo SUS, só aquele do toque em casa mesmo. (Orquídea).
>
> Sim, faço o acompanhamento em ESF, faço o preventivo e a mamografia anualmente pelo fato de ter caso na família. (Rosa).
>
> Sim eu acho super importante buscar atendimento, usar o SUS né, na atenção primária, na rede básica de saúde para prevenção de ca de colo de útero, de mama, prevenção de DSTs, porém eu por ter convênio médico acabo por não usar o SUS no momento, uso o convênio médico né, mas eu já usei bastante o SUS e acho muito válido, bem válido assim todo o trabalho de prevenção que se faz em uma unidade de saúde. (Azaleia).

Para Falkenberg et al. (2014), os profissionais da saúde atuam em múltiplos cenários com constante desenvolvimento tecnológico e com exigências diárias envolvendo aspectos emocionais e relação interpessoal, sendo assim, há a necessidade de que além da graduação, ocorra a busca continuamente para se tornarem capazes de atuar de maneira segura e garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários do serviço.

Neste sentido as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças devem ser prioritárias na atenção primária em saúde. A APS, atualmente, é considerada a porta de entrada do SUS e o primeiro degrau de atenção de uma rede hierarquizada e organizada

em níveis de complexidade crescentes. Pode ser definida como um conjunto de práticas de saúde, no contexto individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a diminuição de danos e a manutenção da saúde, objetivando o desenvolvimento de assistência de saúde integral que tenha impacto no cenário de saúde e autonomia dos usuários (ALMEIDA et al., 2018).

Por outro lado, é possível identificar nas falas das entrevistadas o desconhecimento sobre a importância da realização de exames preventivos, o fato de ter relacionamentos apenas com mulheres, faz com que desconsiderem a necessidade de realizar exames preventivos em virtude da falsa compreensão de não estarem expostas a ISTs e consequentemente ao câncer do colo uterino. Tais relatos preocupam pois, todo e qualquer tipo de relação sexual desprotegida traz riscos para o contato com vírus e bactérias que estão associadas ao desenvolvimento de ISTs.

> Sobre a coleta do CP: Esse nunca fiz, nem quero! Porque no meu caso não tem necessidade, porque geralmente não tenho relacionamento com homem. (Margarida).

O estudo realizado por Fernandes et al, em 2019 em uma região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, em que buscou analisar as dimensões organizacionais, simbólicas e técnicas ao acesso ao exame de coleta do colo uterino identificou que as mulheres homossexuais não buscam tanto as unidades de saúde como deveriam e as que buscam na sua grande maioria são as que tem comportamento mais feminino, sendo que muitas referem não buscarem por não terem relações sexuais com homens, pensam que não há a necessidade da realização do exame. Tais informações vem ao encontro da atual pesquisa demonstrando a falta de ações educativas para que as mulheres homoafetivas adotem cuidados com sua saúde sexual independente de manterem relações com homens ou mulheres.

Além dos exames de coleta de Cp e exame das mamas também é fundamental que todas as mulheres independente de orientação sexual, realizem os testes e exames para identificar ISTs, sendo que é possível realizar quatro testes rápidos nas unidades de atenção primária do SUS, sendo eles: HIV, sífilis, Hepatite C e Hepatite B. Muitas vezes há desconhecimento da população em relação a estes exames e de quem deve realiza-los, conforme a fala da entrevistada abaixo. A entrevistada Lavanda quando questionada sobre a realização dos testes rápidos para ISTs responde:

> E por não ter feito "exames rápidos", antigamente, é porque não conhecia muito, ou conhecia e pensava que como era com mulher não ia pegar "né! (Lavanda).

Em estudo realizado sobre o conhecimento, atitudes e práticas sobre HIV/ AIDS de mulheres que fazem sexo com mulheres, no estado do Recife, em 2017, em que foram entrevistadas 91 mulheres observou-se que apenas 58%, ou seja, pouco mais da metade delas referiram já terem feito teste para HIV e as outras 42%, um número bastante

expressivo, informaram nunca terem realizado testagem para HIV. Outro fato importante identificado na referida pesquisa, é em relação ao uso de métodos preventivos como o preservativo feminino, 56% responderam que sim, que já fizeram uso do preservativo e 44 dizem que não, que nunca utilizaram (OLIVEIRA et al, 2017).

Sendo assim é fundamental reflexões e aumento da oferta de cuidados primários essenciais, fundamentados em tecnologias e métodos adequados que foram cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, a APS precisa estar situada em local próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, efetivando o princípio de universalidade e integralidade, oportunizando ainda a participação social e estimulando a população aos cuidados com sua saúde (ALMEIDA et al., 2018).

3.2 Categoria 2 – Orientação sexual e sua relação nos atendimentos de saúde

De acordo com a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos-Rede Feminista de Saúde, a discussão de situações ligadas à homossexualidade feminina, e sua relação com a saúde, emergiu a partir da expansão e da visibilidade do movimento lésbico e da articulação de atrizes sociais ligadas aos movimentos feminista e lésbico, tendo como ponto de partida a idéia dos "direitos sexuais". Portanto conhecer aspectos relacionados a crenças, atitudes e práticas vinculadas à saúde e à sexualidade, assim como identificar demandas e necessidades de cuidado, constitui, sem dúvida, um ponto de partida para a formulação de políticas públicas (2008).

Durante a pesquisa, questionou-se as entrevistadas sobre a forma que é realizada a abordagem em relação a sua orientação sexual durante os atendimentos em saúde da mulher realizados no SUS, ou seja, se os profissionais costumam fazer este questionamento, afim de realizar o atendimento conforme as demandas específicas da mulher homoafetiva ou se não costumam ser questionadas, desta forma realizando um atendimento voltado ao cuidado de uma mulher heterossexual. Segue as falas das entrevistadas abaixo:

> O que acontece sempre nessa questão é realmente um despreparo assim dos profissionais para lidar com essa questão de ser uma mulher que se relaciona com mulher, porque as perguntas são direcionadas para o masculino, quantos parceiros você teve, tem parceiro, né então existe ainda esse despreparo e ai dependendo da situação, dependendo da pessoa gera um desconforto para que tu fale que não, que tu te relaciona com mulheres, né. Até pela questão que perguntam usa algum método contraceptivo, utiliza preservativo (Lótus).

> E sobre atendimentos nunca me foi abordado sobre orientação sexual, nunca me perguntaram, nem conversaram sobre, eu em algumas situações senti necessidade de falar, por exemplo quando me perguntaram se tomava anticoncepcionais eu tive que explicar que não, porque eu tinha namorada, então eu que tive que tocar no assunto (Orquídea).

> Na maior parte das vezes sim, em algumas situações assim os profissionais já abordam. Faz a abordagem como tu, eu, a mulher tivesse uma parceria com homens né, então perguntam qual o método contraceptivo que usa? como que faz pra prevenir a gravidez? muitas vezes a abordagem começa assim e

> ai eu então coloco que a minha relação é homoafetiva, que eu não tenho esse cuidado de prevenção de gravidez, mas sim cuidados com prevenção de DSTs sim, claro né, mas de gravidez não (Azaleia).
>
> Perguntaram quais eram as minhas queixas me perguntaram meus métodos contraceptivos, na qual eu não uso nada, ai eu cheguei e falei que só tenho relação sexual com mulher (Lavanda).
>
> Na verdade, não é oportunizada a fala sobre a orientação sexual, normalmente orientam sobre os exames, sem saber ou sequer perguntar a minha orientação, se tenho alguma dúvida, pergunto, muitas vezes causando constrangimento no profissional, até pelo fato de já ser conhecida da equipe (Rosa).

Observa-se nas falas e relatos das entrevistadas não terem recebido um atendimento específico a sua realidade de mulher homoafetiva, refletem ainda que nem mesmo foram questionadas sobre a sua orientação sexual, simplesmente o profissional direciona o atendimento de acordo com o o mesmo roteiro utilizado a todas as mulheres, não tendo o cuidado de realizarem um atendimento direcionado conforme a orientação sexual da usuária do serviço de saúde.

O medo de sofrerem discriminação e preconceito, aliado a falta de conhecimento favorece as mulheres homoafetivas a ocultarem informações importantes sobre a sua orientação sexual, desta maneira elevando os riscos para a ocorrência de contraírem ISTs e também os canceres de colo uterino e de mama (ASSIS et al, 2017).

3.3 Categoria 3 – Profissionais de saúde e formação para atendimentos à mulher homoafetiva: humanização, integralidade e preconceito

Apesar de no Brasil haver preocupações para a criação de políticas públicas e de investimentos direcionados a população LGBT, mesmo assim há pouca fala e investimentos sobre a população homossexual feminina e os profissionais da saúde ainda demonstram estarem despreparados para atenderem as mulheres homoafetivas com as suas especificidades em questão de sua sexualidade e orientação à prevenção das ISTs (ASSIS et al, 2017).

Observa-se nas falas das entrevistadas que o atendimento recebido em saúde da mulher não costuma ser realizado de forma específica à mulher homoafetiva, tende-se a tratar todas as mulheres de forma heteronormativa. As entrevistadas relatam que não costumam serem questionadas sobre a sua orientação sexual durante o atendimento em saúde da mulher.

> Eu vejo que isso é complicado até mesmo se a própria profissional for LGBT, existe um padrão que deve ser seguido no próprio atendimento (Lótus).
>
> Hoje em dia é um pouco mais tranquilo, assim o profissional já te ouve mais e já aceita melhor quando tu coloca uma condição, mas também já observei certo preconceito, certa estranheza né quando tu fala que a tua relação é homoafetiva (Violeta).
>
> Na verdade eles não são treinados e muito menos orientados a tratar

todos com igualdade, na minha opinião, isso depende de profissional para profissional! (Rosa).

E se os profissionais estão aptos nesse sentido? pelo menos na minha unidade que eu frequento não, justamente por eles nunca terem deixado em aberto a questão, nunca terem tocado no assunto e também justamente quando eu toquei no assunto ficou aquela situação assim o profissional ficou sem saber o quê dizer, parecia que tava até meio constrangido, né no caso (Orquídea).

Não acredito que os profissionais estejam aptos para lidar com a demanda, tanto que em nenhum momento me foi abordado este assunto, porém também não me senti discriminada em nenhum momento até agora (Violeta).

Eu não acho que eles estejam tão despreparados para atender o pessoal, só acham que eles estão mais no automático, te tratando direto como se fosse um heterossexual, mas depois que tu fala o que tu é eles conversam mais contigo mudando o foco (Lavanda).

No estudo realizado por Cabral et al, no ano de 2019, em João Pessoa na Paraíba, sobre a assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais concluiu que as mulheres homoafetivas não são atendidas adequadamente, conforme suas necessidades de saúde e suas especificidades. Avaliou-se como preocupante a falta de assistência dos profissionais, devida por desinteresse a essa população e a falta de conhecimento. Observou-se que o profissional não cria um ambiente propício **à** mulher para que esta possa sanar suas dúvidas e expor suas angústias. Quando a mulher relata a sua orientação sexual os profissionais costumam não saberem mais conduzirem o atendimento, não sabendo orientar quanto às questões específicas à saúde da mulher homoafetiva, como a importância dos exames preventivos, relação sexual segura e como se prevenir as ISTs.

Também evidenciou-se no estudo realizado por Assis et al, no ano de 2017, sobre a homossexualidade feminina e a consulta ginecológica que é de suma importância o preparo dos profissionais de saúde para realizarem um atendimento adequado, integral e humanizado, com as especificidades e focado nas mulheres homoafetivas, necessitando inclusive de mais estudos sobre essa temática e a criação de políticas públicas voltadas a este grupo populacional.

O preconceito, a humilhação e o desrespeito também fazem parte do cotidiano da população LGBT, que muitas vezes sentem na pele a intolerância da sociedade injusta e preconceituosa em que vivemos. A discriminação pela orientação sexual, atrelada a ideia de desvio social das pessoas LGBT, torna essa população refém de todas formas de preconceito e violência, incluindo na negação ao acesso à saúde, sendo esta uma bandeira de luta dos movimentos sociais dos militantes dos direitos humanos (LIMA et al, 2016).

Neste sentido as entrevistadas trazem em seus relatos questões referentes a sentirem-se acolhidas ou vítimas de discriminação e preconceito enquanto estavam buscando atendimentos para sua saúde no SUS.

Sim, sempre falei e todos no caso e apoiaram, até porque eu tava casada com uma mulher e ela sempre teve comigo em tudo. Todos os postos de saúde

> que fui, fui muito bem atendida (Margarida).
>
> Nunca me senti discriminada pelos profissionais, mas já senti que alguns não sabem como abordar e/ou orientar no meu caso (sendo lésbica). (Rosa).
>
> Eu nunca me senti discriminada, né, mas as primeiras vezes eu não deixava tão nítido que eu tinha relações sexuais com outras mulheres, ai perguntava tem parceiro, respondia como se fosse com um homem que eu tinha relacionamento, com o passar do tempo, do amadurecimento, eu vi que tinha que falar ai. (Orquídea).
>
> Não me senti discriminada em nenhum momento até agora (Violeta).

Observou-se que a maioria das entrevistadas refere ter não ter sido vítima de preconceito ou discriminação, porém dizem que não costumam ser atendidas adequadamente em relação a sua orientação sexual, reforçando a importância de formação e políticas públicas especificas para o cuidado da saúde das mulheres homoafetivas.

> Já sofri preconceito sim, tanto no ambiente em quanto paciente né, aquele olhar com estranheza, aquela vontade que tu vê que o profissional de te perguntar o porquê da tua escolha, da tua orientação sexual, então acho que nem todos os profissionais têm esse preparo para isso, acho que precisa mais educação continuada esse contexto melhorado né, da questão de orientação sexual né do profissional já não chegar te abordando quando for mulher né, “ah o quê que usa para não engravidar”, não…o profissional chegar e fazer primeiramente a pergunta “ qual é a tua orientação sexual” né, inverter uma situação né (Azaleia).

Porém também foi possível identificar na fala de uma das entrevistadas o relato que descreve sentir preconceito por parte do profissional em função da sua orientação sexual. Sendo o preconceito ainda uma das principais barreiras para muitas mulheres homoafetivas a buscar atendimentos em saúde da mulher.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da mulher sempre foi tema de grande luta para as mulheres durante toda a história da humanidade, e ainda nos dias de hoje, infelizmente, observa-se ainda que nem todas as mulheres são atendidas de forma adequada, levando-se em consideração as suas necessidades e especificidades, como no caso das mulheres homoafetivas.

Neste estudo pode-se observar que apesar de algumas participantes referirem realizarem atendimentos em saúde da mulher como rotina e de terem a consciência da sua necessidade, infelizmente ainda foi possível identificar participantes que não costumam realizar atendimentos relacionados à saúde da mulher por desconhecerem a necessidade de tais exames, associando não terem riscos em função de não terem relações sexuais com homens, indicando que há falhas no serviço, e no atendimento com equidade e integralidade às mulheres.

O fato das participantes relatarem não serem questionadas sobre a sua orientação

sexual nos atendimentos em saúde da mulher, demonstra que os atendimentos em saúde da mulher no SUS são realizados de forma heteronormativa, não levando em conta as especificidades da mulher homoafetiva. Há necessidade de mudanças efetivas nos atendimentos em saúde da mulher, ações educativas em saúde voltadas a população de mulheres homoafetiva, afim de integrar esta população á rede de atenção à saúde.

Sugere-se aprimorar o conhecimento relacionado à saúde das mulheres homoafetivas tanto nas universidades, quanto na educação continuada, a fim de prepararem os profissionais para atender essa população de forma adequada, integral e humanizada, seguindo todos os princípios e diretrizes do SUS.

Espera-se que o referido estudo possa contribuir para ampliar o conhecimento da temática e assim qualificar a assistência em saúde da mulher realizadas pelos profissionais do SUS, neste estudo, com olhar específico à mulheres homoafetivas. Também objetiva-se que o mesmo possa servir de base científica para outras pesquisas, de modo que os profissionais que realizem atendimento em saúde da mulher no SUS tenham um olhar atento às questões específicas desta população oferecendo atendimentos resolutivos, acolhedores e humanizados.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. M; GONÇALVES, M.A.M. **O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde.** 16º congresso nacional de iniciação científica, São Paulo, Brasil. P 1-11.2016. Disponível em: http://conic-semesp.org.br/anais/files/2016/trabalho-1000022939.pdf. Acesso em 12 ago. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p. Disponível em: HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498. Acesso em 07 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Portaria Nº 2.836 de 1° de dezembro de 2011.** Brasília, DF, 1° de. 2011b. Disponível em: <http//bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html> Acesso em 14 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do serviço de enfermagem. Diário oficial da União. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 11. nov. 2020

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012** – Incorpora referenciais da bioética e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em: 30 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ação Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf. Acesso em 01 ago. 2020.

CABRAL, Kalline Trajano Feitoza et al. **Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais.** Revista de Enfermagem Ufpe On Line**:** REUOL, Recife, v. 1, n. 13, p. 79-85, jan. 2019. Mensal. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/237896/31188. Acesso em: 01 dez. 2020.

TEODORO, I.P.P.; FELIPE, N.K.S.; TEODORO, L.P.P. **A percepção das mulheres homoafetivas frente a assistência de enfermagem na saúde da mulher.** Id on Line Revista de Psicologia, Fevereiro de 2014, vol.8, n.22, p. 130-144. ISSN 1981- 1189. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/269/368. Acesso em: 02 set. 2020.

UNIVERSIDADE FEEVALE. **Resolução reitoria nº 03/2013**. Define critérios de submissão e responsabilidades de trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação lato sensu ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Feevale. 2013. Disponível em: http://www.feevale.br/Comum/midias/43755b50-0347-492b-82f9-75fa034e9c44/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20 03%20-%202013.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

VINUTO, J. A amostragem bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: < https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/download/10977/6250>. Acesso em: 31 ago. 2020

LIMA, Maria Dálete Alves; SOUZA, Alcimar da Silva; DANTAS, Maridiana Figueiredo. OS DESAFIOS A GARANTIA DE DIREITOS DA POPULAÇÃO LGBT NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). **Revista Interfaces Saúde, Humanas e Tecnológicas**, Juazeiro do Norte, v. 3, p. 119-125, 29 jul. 2016. Disponível em: http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/315/224. Acesso em: 02 ago. 2020.

MARINHO, Marina Melo Arruda. **Análise da qualificação dos profissionais de saúde no âmbito da formação acadêmica dos estudantes de medicina de Brasília para o atendimento da população LGBT no sus.** Curso de especialização, Brasília, 2014. Disponível em: https://www.bdm.unb.br/bitstream/10483/13208/1/2014_MarinaMeloArrudaMarinho.pdf. Acesso em 02 ago.2020

OLIVEIRA, Adélia Dalva da Silva *et al*. **Conhecimentos, atitudes e práticas sobre HIV/ AIDS de mulheres que fazem sexo com mulheres.** Reuol: Revista de enfermagem UFPE on line, Recife, v. 7, n. 11, p. 2736-2742, jul. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/saudemental/Downloads/23447-45690-1-PB.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

SOUSA AJM, Barros AL. **Saúde das mulheres lésbicas: atravessamentos sobre uma temática necessária.** Ver Enferm UFPI [internet] 2020. Disponível em: https: //dói.org/110.26694/reufpi.v9i0.11546. Acesso em: 01 dez. 2020.

Homossexualidade feminina e a consulta ginecológica: uma revisão integrativa. Unit Universidade Tiradentes. 2017

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. 2018. disponível em: https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco. acesso em: 19/02/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional, 2020. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html, acesso em: 20/02/2021.

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panam Salud Publica,** v. 42, n. 29, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/>. Acesso em: 19 fev 2021

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panam Salud Publica,** v. 42, n. 29, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/>. Acesso em: 19 fev 2021

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos-Rede Feminista de Saúde. Dossiê Saúde da Mulheres lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade. Capitulo 1: **Homossexualidade Feminina e Saúde: contextualizando**. pg 7-11. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/316_1172_dossiedasaudedamulherlesbica.pdf acesso em: 19 fev 2021.

CAPÍTULO 14

PERFIL DOS PORTADORES DE HIV/AIDS DA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA/RJ: UMA REFLEXÃO SOBRE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 06/09/2021

Thiago de Oliveira Silveira
Centro Universitário de Barra Mansa – UBM
Barra Mansa – Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/5824989424954571

Reynaldo de Jesus Oliveira Junior
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Barra Mansa – Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/7114834514015592

Sheila Rodrigues Dias Filgueiras
Centro Universitário de Barra Mansa – UBM
Barra Mansa – Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/8325636767866911

RESUMO: A infecção pelo vírus HIV corresponde um grande desafio para a saúde pública. Entender a infecção, não só a partir de sua fisiopatologia, torna-se uma necessidade para o controle da doença. O estudo busca traçar o perfil dos portadores de HIV/aids na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, contribuindo desta forma para o entendimento da infecção nesta Região do Estado. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em doze municípios situados na Região do Médio Paraíba. Foi utilizado dados extraídos das bases de dados do Departamento de Vigilância e Saúde do Ministério da Saúde, a partir dos casos de HIV/aids notificados no SINAN e declarados no SIM, observando-se recorte temporal de 1980 a 2018. O estudo demonstra que a Região possui índice elevado da infecção, comparados ao Brasil, que os homens são os mais prevalentes à infecção pelo HIV na Região, portanto as mulheres são as que mais tardiamente buscam o diagnóstico. No referente a raça, os brancos são os mais predominantes, e quanto ao grau de instrução observa-se que pessoas com menor grau de instrução são as mais acometidas. A região ainda conta com uma população jovem infectada perto dos 10% dos infectados e a transmissão vertical ainda é existente. Observa-se que na região deve-se intensificar a educação em saúde para promoção e prevenção da doença, investir na atenção a mulher com HIV, de modo a reduzir a não adesão e assim a transmissão vertical.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/aids. Prevenção. Médio Paraíba.

PROFILE OF HIV/AIDS PATIENTS IN THE REGION OF MÉDIO PARAÍBA/RJ: A REFLECTION ON HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION

ABSTRACT: Infection with the HIV virus represents a major public health challenge. Understanding the infection, not only from its pathophysiology, becomes a necessity for the control of the disease. The study seeks to outline the profile of HIV / AIDS carriers in the Middle Paraíba Region of the State of Rio de Janeiro, thus contributing to the understanding of infection in this Region of the State. This is a descriptive study, with a quantitative approach, carried out in twelve municipalities located in the Middle Paraíba Region. Data extracted from the databases of the

Department of Surveillance and Health of the Ministry of Health were used, based on the cases of HIV / AIDS reported in SINAN and declared in SIM, observing a time frame from 1980 to 2018. The study shows that the Region has a high rate of infection, compared to Brazil, that men are the most prevalent to HIV infection in the Region, therefore women are the ones who later seek diagnosis. Regarding race, whites are the most prevalent, and as for the level of education, it is observed that people with less education are the most affected. The region still has an infected young population close to 10% of those infected and vertical transmission is still in existence. It is observed that in the region, health education should be intensified to promote and prevent the disease, invest in the care of women with HIV, in order to reduce non-adherence and thus vertical transmission.
KEYWORDS: HIV / AIDS. Prevention. Middle Paraíba.

1 I INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus HIV corresponde um grande desafio para a saúde pública. Entender a infecção, não só a partir de sua fisiopatologia, torna-se uma necessidade para o controle da doença e seu enfrentamento por parte dos profissionais de saúde. No Brasil, em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de aids totalizando, no período de 1980 a junho de 2018, 982.129 casos de aids detectados no país. Referente a mortalidade associada a infecção, no ano de 2017 foram registrados 11.463 óbitos tendo como causa básica a aids. Em 2017, segundo a UNAIDS, 36,9 milhões de pessoas em todo mundo viviam com HIV, 21,7 milhões tiveram acesso à terapia no mesmo período, 940.000 pessoas morreram em decorrência da infecção naquele ano no mundo. Desde o aparecimento do vírus HIV já foram infectadas 77,3 milhões de pessoas no mundo, e destas 35,4 milhões morreram por causas relacionadas a aids (BRASIL, 2018).

A Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, é composta por 12 municípios sendo eles: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. É uma Região muito bem estruturada no que diz respeito a consolidação da organização de saúde nos modelos de regionalização. Entender o perfil da infecção pelo HIV nesta Região permite melhor atuação dos profissionais de saúde no processo de promoção da saúde e prevenção desta infecção.

Objeto

Perfil dos portadores de HIV/AIDS na região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivo

Geral

Conhecer o perfil dos portadores HIV/AIDS na região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro.

Específico

- Levantar o quantitativo da população HIV da Região do Médio Paraíba;
- Apresentar o perfil sócio-demográfico dos portadores de HIV da região, de modo a oferecer subsídios para melhor atenção a esta população, na promoção de sua saúde e na prevenção da transmissão da doença.

2 I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Identificada em 1981, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), pelo cientista Luc Montagnier do Instituto Pasteur, na França, se tornou um marco na história da saúde pública mundial. A epidemia infecciosa pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e da AIDS, representa um fenômeno global, destoando em diversas regiões do planeta se tornando o problema de saúde pública.

De acordo com SANTANA (2019), entre as células de defesa estão os linfócitos T-CD4+, principais alvos do HIV, vírus causador da AIDS. O HIV liga-se a um componente da membrana dessa célula, o CD4, penetrando no seu interior para se multiplicar. Com isso, o sistema de defesa vai pouco a pouco perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças. Quando o organismo não tem mais forças para combater esses agentes externos, a pessoa começar a ficar doente mais facilmente e então se diz que tem AIDS.

A AIDS ocasiona a redução da taxa de imunidade do portador, deixando-o suscetível a diversos comprometimentos infecciosos. Caracterizada por uma doença emergente de grande magnitude.

“As pessoas estão confiando nos medicamentos ou criando justificativas para não usar a camisinha, como “já conheço meu parceiro”, “meu parceiro é saudável” e, sob o ponto de vista sexualidade, ninguém conhece ninguém. Sexualidade é muito íntima. Só a própria pessoa sabe”, reforça SANTANA.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de sangue ou por fluido oral através de exames laboratoriais e testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Esses testes são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas Unidades Básicas e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Os exames podem ser feitos de forma anônima. Nesses centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento para facilitar a correta interpretação do resultado pelo (a) usuário (a). Também é possível saber onde fazer o teste pelo Disque Saúde (136).

A AIDS não tem cura, pois ainda não existe um tratamento capaz de eliminar completamente o vírus HIV do organismo. Os medicamentos antirretrovirais (ARV), que

surgiram na década de 1980, ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. O uso regular dos ARV é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e reduzir o número de internações e infecções por doenças oportunistas.

3 l METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em doze municípios situados no estado do Rio de Janeiro na Região do Médio Paraíba. Os dados foram extraídos das bases de dados do Departamento de Vigilância e Saúde do Ministério da Saúde, a partir dos casos de HIV/aids notificados no SINAN e declarados no SIM, observando-se recorte temporal de 1980 a 2018. A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho/2019, os dados foram tratados utilizando planilhas Excel, onde se relacionou os casos detectados com as seguintes variáveis: sexo, raça, escolaridade, diagnóstico, adesão, e ainda possibilitou uma avaliação dos casos em jovens de 15 a 25 anos, bem como a avalição da população infectada menor de 5 anos.

4 l RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro apresenta um total de 3.446 portadores do HIV, o que corresponde a 0,41% de sua população geral, enquanto a correspondência nacional sobre a população está em 0,48% e a do estado do Rio de Janeiro de 0,77%. Deste modo a região apresenta um índice elevado quando relacionado ao Brasil e ao estado do Rio de Janeiro.

No que se refere ao sexo os homens são a maior população infectada correspondendo com 65% dos casos, contra 34,8% dos casos notificados em mulheres, seguindo desta forma a tendência nacional.

Na Região 8,8% dos portadores são jovens entre 15 a 24 anos, quando a média nacional está em 11%, e ainda conta com 0,8% dos casos em menores de 5 anos, mesmo a região tendo dados inferiores à média nacional, este ainda é um dado preocupante pois demostra que a transmissão vertical na região ainda é uma realidade que não está erradicada.

Referente a raça, a branca é a população mais acometida com 37,3% dos casos, a raça preta 11,1%, pardos 13,3% e amarelos 0,4%. Em um recorte com pessoas afrodescendentes (Pretos e partos) a Região atinge 24,4% de portadores do vírus, mantendo ainda assim a predominância na raça branca. Os dados referentes a raça mantem a média nacional, diferindo apenas no recorte de população afrodescendentes, que a média nacional é 23,3% sendo a raça branca nacional 24,2%, uma diferença muito menor que a evidenciada na região, portanto ainda havendo a predominância na raça branca.

Observa-se que pessoas com menor grau de instrução são os mais acometidos

correspondendo a 48,9% da população soropositiva. Desta população os indivíduos que possuem de 5 a 8 anos de estudo os mais notificados (22,9%). Já aqueles com maior tempo de estudo observa-se que os com ensino superior completo são a população mais incidente com 7,3%, contra 1% dos indivíduos com ensino superior incompleto.

Quanto ao diagnóstico da infecção, observa-se que mulheres buscam o diagnóstico mais tardiamente, pois 70% dos homens diagnosticam-se com carga viral baixa ou indetectável. A adesão ao tratamento é melhor entre os homens (73,3%) que entre as mulheres (70,1%), o estudo mostra que homens são mais fiéis ao tratamento que as mulheres. Há na região uma necessidade de maior atenção à mulher no que diz respeito a infecção pelo HIV, os dados apontam um número maior de homens infectados, portanto também nos leva a concluir que a mulher não busca o diagnóstico, o que é evidenciado com a baixa quantidade de mulheres com carga viral inferior a 50 cópias no diagnóstico.

5 I CONCLUSÃO

A partir do estudo apresentado constata-se que o índice da infecção pelo HIV na Região do Médio Paraíba é alarmante, pois está superior a média estadual e nacional. A Região apresenta controle nos casos em indivíduos jovens (15 a 25 anos), porém ainda não está livre da transmissão vertical da doença. Observa-se também que as mulheres buscam o diagnóstico mais tardiamente e possuem uma adesão ao tratamento ainda menor que os homens. Assim o estudo chama a atenção para as ações de controle e prevenção da infecção na região, sobretudo para a atenção à mulher, no que diz respeito ao diagnóstico e adesão ao tratamento. Também aponta a necessidade de investir em ações para a prevenção da transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS**. Vol. 49, N.º 53. Brasília, 2018.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. **Indicadores e dados básicos do HIV/aids nos municípios brasileiros**, 2019. Disponível em: http://indicadores.aids.gov.br/

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Dec. 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010.

CASTRO, J. Censo 2010. **O Globo - Política**, 2010. Disponivel em: <https://oglobo.globo.com/politica/censo-2010-revela-que-cresceu-diferenca-do-numero-de-homens-mulheres-2918121>. Acesso em: 13 Agosto 2019

IBGE. IBGE. **IBGE - Censo Demográfico**, 2010. Disponivel em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>. Acesso em: 13 Agosto 2019.

IBGE. IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**, 2010. Disponivel em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide>. Acesso em: 13 Agosto 2019

SANTANA, A. “HIV/AIDS é um grave problema de saúde pública”. **Secretaria de Estado de Saúde - Governo do Estado de Sergipe**, 2019. Disponivel em: <https://www.saude.se.gov.br/hiv-aids-e-um-grave-problema-de-saude-publica-alerta-almir-santana/>. Acesso em: 08 Jun 2021.

CAPÍTULO 15

PERFIL SOCIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CANDIDATOS A LA DONACIÓN DE SANGRE EN UN CENTRO DE SANGRE DE LA REGIÓN NORDESTE DE BRASIL

Data de aceite: 01/12/2021

Weber de Santana Teles
Centro de Hemoterapia de Sergipe
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0003-1770-8278

Ana Carolyne da Silva Santos
Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0003-2933-6045

Pâmela Carvalho de Oliveira
Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0002-6071-6209

Ruth Cristini Torres
Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe, Brasil
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0002-8664-192X

Max Cruz da Silva
Faculdade Pio Décimo – FAPIDE
Poço Redondo – SE
https://orcid.org/0000-0002-6944-5986

Alejandra Debbo
Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0002-7743-5921

Paulo Celso Curvelo Santos Junior
Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0001-5834-6782

Marcel Vinícius Cunha Azevedo
Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0002-5312-3333

Ana Fátima Souza Melo de Andrade
Centro Universitário Estácio de Sergipe
Aracaju – SE
https://orcid.org/0000-0002-7024-6175

Maria Hozana Santos Silva
Faculdade Ages de Medicina
Jacobina - BA
https://orcid.org/0000-0001-5742-5366

Ângela Maria Melo Sá Barros
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0003-4087-3247

Taíssa Alice Soledade Calasans
Universidade Tiradentes – UNIT
Aracaju - SE
https://orcid.org/0000-0003-0460-4437

RESUMEN: El presente trabajo tiene como objetivo presentar la frecuencia de los candidatos a la donación de sangre y las intercurrencias que pueden surgir, utilizando como base la información del Centro de Hemoterapia de una región del Nordeste de Brasil, con datos recogidos en el período de enero a diciembre de 2019. Se trata de un estudio retrospectivo con un enfoque cuantitativo. Se evaluaron variables como el sexo, el nivel de educación, la ubicación, los candidatos aptos o no aptos y el volumen de

sangre. A partir del material investigado, se elaboró una base de datos en Microsoft Excel 2016 y se analizó estadísticamente en el Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 22.0. Se observó que de los 24.474 solicitantes de donación de sangre, el 68,5% (16.761) son hombres, mientras que el 31,5% (7.713) son mujeres. En cuanto a la ubicación de los candidatos a la donación de sangre, se observó que ambos géneros residían mayoritariamente en zonas urbanas. En cuanto al nivel de estudios de los individuos encuestados, la tasa más alta fue la de candidatos a la donación de sangre con el bachillerato completo, seguido del bachillerato incompleto, ambos con una mayor prevalencia de candidatos masculinos. La edad media del público femenino que donó sangre fue de 30,2 años, y la del masculino de 33,4 años. En relación con las intercurrencias durante la recogida, se puede comprobar que los individuos femeninos tienen un 6,3%, mientras que los masculinos sólo tienen un 3,4%. Es necesario aclarar al público sobre las condiciones necesarias para la donación de sangre, así como el estímulo del público femenino.
PALABRAS CLAVE: Candidatos a la donación de sangre, Intercurrencias, Hemoterapia.

EPIDEMIOLOGICAL SOCIAL PROFILE OF CANDIDATES FOR BLOOD DONATION IN A BLOOD CENTER IN THE NORTHEAST REGION OF BRAZIL

ABSTRACT: The present work aims to present the frequency of candidates for blood donation and the intercurrences that may arise, using as a basis the information from the Hemotherapy Center of a Northeast region of Brazil, with data collected in the period from January to December 2019. This is a retrospective study with a quantitative approach. Variables such as gender, education level, location, eligible or unfit candidates, and blood volume were evaluated. Based on the investigated material, a database was created in Microsoft Excel 2016 and statistically analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 22.0. It was observed that of the 24,474 applicants for blood donation, 68.5% (16,761) are men, while 31.5% (7,713) are women. Regarding the location of the candidates for blood donation, it was observed that both genders resided mainly in urban areas. Regarding the level of studies of the individuals surveyed, the highest rate was that of candidates for blood donation with a complete high school diploma, followed by an incomplete high school diploma, both with a higher prevalence of male candidates. The average age of the female audience that donated blood was 30.2 years, and that of the male, 33.4 years. Regarding the occurrences during collection, it can be seen that female individuals have 6.3%, while male individuals only have 3.4%. It is necessary to clarify the public about the necessary conditions for donating blood, as well as the encouragement of the female public.
KEYWORDS: Candidates for blood donation, Intercurrences, Hemotherapy.

1 I INTRODUCCIÓN

La historia de la hemoterapia se divide en dos períodos, el empírico y el científico. El período empírico se estableció a partir de las primeras experiencias de transfusiones entre animales de la misma y diferente especie, y el hito de este período fue la muerte del Papa Inocencio VIII, que recibió sangre de jóvenes espartanos (SOARES, 2020).

En 1667 se informó de que se realizaron los primeros experimentos de transfusión de sangre de oveja a seres humanos, con consecuencias catastróficas. Con el paso del tiempo, se empezaron a realizar nuevos experimentos, como el sistema de brazo a brazo, en el que el donante donaba directamente al receptor, siendo esta práctica aconsejada para asistir a pacientes con hemorragias graves (TELES, 2021).

En el continente europeo, debido al alto índice de fracasos, la práctica de la transfusión se suspendió durante aproximadamente 150 años, hasta que en 1818, un investigador de Londres logró transfundir a seres humanos, pero fue el médico austriaco Karl Landsteiner, quien, en un análisis rutinario de glóbulos rojos, Esto dio lugar al descubrimiento de diferentes tipos de sangre, que se denominaron "A", "B" y "AB", y hubo otro tipo, representado por el número cero, sustituido posteriormente por la vocal "O", marcando, a partir de entonces, el inicio de la era científica (PEREIMA, 2013).

A pesar de todos estos avances, los científicos seguían enfrentándose a algunos problemas, como la falta de un anticoagulante que permitiera almacenar la sangre recogida (HEMOMINAS, 2014).

Tras algunos años de investigación, se descubrieron componentes de la sangre, como el factor RH, y se crearon anticoagulantes, como el citrato de sodio, que permitieron prolongar la vida útil de la sangre, concibiendo así que a partir de entonces se pudiera almacenar la sangre. Todos estos descubrimientos contribuyeron a la aparición de los primeros bancos de sangre (TELES, 2021).

Cabe destacar que la donación de sangre permite aumentar su stock en los bancos de sangre, contribuyendo directamente a la necesidad de las personas que se someten a la terapia de hemoterapia (PEREIMA, 2010).

Con la bolsa de sangre recogida de un solo donante, es posible salvar hasta 4 vidas, tras el fraccionamiento de todos los componentes sanguíneos, como el concentrado de hematíes, las plaquetas, el plasma y los productos sanguíneos (SILVA, 2021).

El suministro de sangre se define como una transferencia realizada desde la población de donantes a los receptores, caracterizando el acto de solidaridad de la donación, y los donantes se caracterizan generalmente como sanos, mientras que los receptores son aquellos que sufren algún trastorno sanguíneo (GREINACHER et al., 2007).

En cuanto a la donación de sangre, debe ser voluntaria, anónima, altruista y no remunerada, directa o indirectamente, preservando la confidencialidad de la información proporcionada. Así, las personas que necesitan alguno de los componentes sanguíneos sólo pueden recibirlo con la ayuda de voluntarios anónimos. El donante considerado apto debe presentar los datos personales, sus condiciones clínico-laborales y epidemiológicas dentro de los criterios estandarizados de aceptación vigentes para la donación, según la Ordenanza Nº 158 del 04 de febrero de 2016 (BRASIL, 2016).

Para ayudar e incentivar al donante, se han creado algunos beneficios, como la Ley nº 1.075, de 27 de marzo de 1950, que garantiza al donante el derecho a ausentarse del

trabajo el día en que se realiza la donación (Brasil, 1950). De hecho, hay varias leyes que difieren en cada estado, como la Ley nº 4.087/99, del 14 de marzo de 1999, que garantiza al donante el derecho a la exención de la tasa de inscripción en los concursos públicos en el estado depor una región del nordeste de Brasil (BRASIL, 2018).

En Brasil, la tasa de donación de sangre para el año 2015 fue de 18,20% de donaciones por cada mil habitantes; en 2014, por su parte, la tasa fue de 18,49%, con una disminución de 0,20 puntos por cada mil habitantes (Brasil, 2019). A pesar de ello, según el Ministerio de Salud, sólo el 1,8% de la población brasileña dona sangre, un porcentaje inferior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es del 3% de la población. Se calcula que, al año, 3,5 millones de personas realizan transfusiones de sangre en el país (Brasil, 2018). En el estado de Sergipe, una región del noreste de Brasil, aproximadamente 168.000 personas donan sangre al menos una vez al año (SILVA, 2021).

Brasil es una referencia en la donación de sangre en América Latina, el Caribe y África. Desde 2009, la experiencia brasileña ha sido utilizada en cooperaciones técnicas con más de 10 países para fortalecer y desarrollar la promoción de la donación voluntaria de sangre. Estas cooperaciones funcionan para que se produzcan visitas técnicas de miembros brasileños a los países que participan en este contrato, con el fin de realizar consultorías y formación en estos lugares. Además, se facilitan manuales y reglamentos nacionales que sirven de ejemplo a otros países (BRASIL, 2015).

A pesar de la necesidad de la donación, la receptora estará expuesta a algunos riesgos y puede haber complicaciones durante o después del procedimiento. Estas complicaciones se clasifican como leves y se producen cuando el donante está ansioso, se queja de calor, presenta lipotimia, sudoración, palidez, mareos, dolor de cabeza, náuseas, malestar general, pulso aumentado o rápido y filiforme, taquipnea que provoca hiperventilación, suspiros o bostezos, ausencia y pérdida de conciencia, disminución de la presión arterial y hematomas en los brazos (SILVA et al., 2014).

Las intercurrencias clínicas moderadas incluyen síntomas leves, además de náuseas seguidas de vómitos, periodos rápidos de inconsciencia, bradicardia, respiración rápida y superficial, además de hiperventilación y disminución continua de la presión arterial. Y las complicaciones clínicas graves, a su vez, incluyen síntomas leves y moderados, además de convulsiones y tetania causadas por una marcada hiperventilación (SILVA et al., 2014).

Para tratar de reducir el número de complicaciones durante la donación de sangre, se crearon algunas normas que deben ser seguidas por los centros de sangre, como, por ejemplo, el artículo 39 de la Ordenanza Nº 158, del 4 de febrero de 2016, que establece que el candidato necesita tener al menos 50 kg para la donación, a menos que haya una evaluación médica y se autorice la donación a pesar del bajo peso, pero el volumen de anticoagulante en la bolsa de recogida debe ser proporcional a la cantidad de sangre recogida (BRASIL, 2016).

También hay otros artículos, como el que explica que para los donantes que están

en ayunas durante mucho tiempo, se debe ofrecer una merienda para evitar el malestar del paciente durante la donación, además de ser recomendable que el donante permanezca en la sala de recogida durante 15 minutos después de la donación, según la Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016).

Partiendo de esta premisa, se desarrolló este artículo con el objetivo de presentar la frecuencia de los candidatos a la donación de sangre y las intercurrencias que pueden surgir, utilizando como base la información de un Centro de Hemoterapia de una región del Nordeste brasileño, con datos recogidos en el período comprendido entre enero y diciembre de 2019.

2 I METODOLOGÍA

Se trata de un estudio retrospectivo, con enfoque cuantitativo, realizado en un Centro de Hemoterapia de una región del Nordeste de Brasil. Los datos se obtuvieron de los registros del sector de captación de candidatos a la donación de sangre durante el periodo de enero a diciembre de 2019. Se evaluaron variables como el sexo, el nivel de educación, la ubicación, el volumen de sangre y las intercurrencias. A partir del material investigado, se elaboró una base de datos en Microsoft Excel 2016 y se analizó estadísticamente en el Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 22.0, evaluando la significación estadística a través de la aplicación de la prueba chi-cuadrado de Pearson, con intervalo de confianza del 95%, además de la evaluación del Odds Ratio, y los resultados se presentaron en gráficos y tablas.

3 I RESULTADOS

Se pudo comprobar que de los 24.474 solicitantes de donación de sangre, el 68,5% (16.761) son hombres, mientras que el 31,5% (7.713) son mujeres (Figura 1).
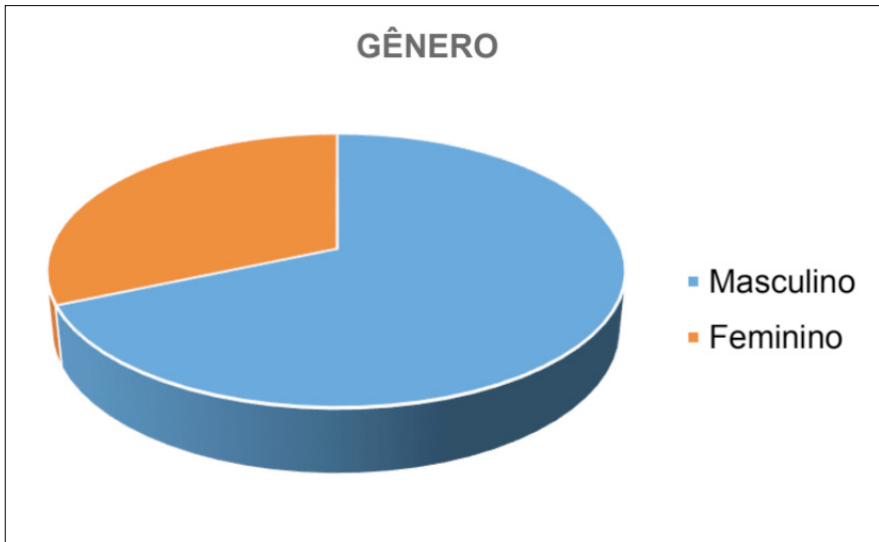
Figura 1. Distribución por género de los candidatos a la donación de sangre en un Centro de Sangre de la región Nordeste de Brasil en el período de enero a diciembre de 2019.

Fuente: Autores, 2019.

Con respecto a la localización de los candidatos a la donación de sangre, se observó que ambos géneros residen mayoritariamente en el área urbana, con un porcentaje de varones referido al 52,7% (8.833), y de mujeres, al 52,1% (4.021) (Figura 2).
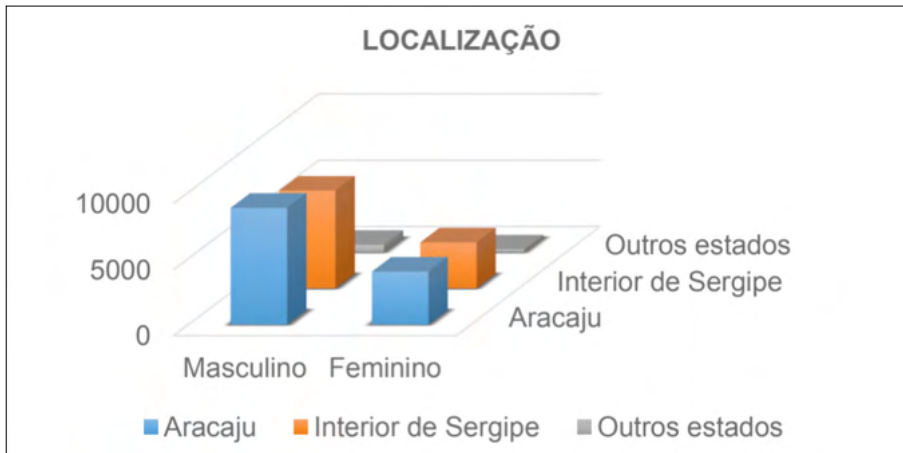
Figura 2. Distribución sobre la localización de candidatos a la donación de sangre en un Centro de Sangre del Nordeste de Brasil en el período de enero a diciembre de 2019.

Fuente: Autores, 2019.

El gran número de donantes residentes en una región del Nordeste de Brasil

es justificable, ya que el centro de hemoterapia se encuentra en la ciudad en cuestión, facilitando así el acceso de los residentes que viven en esta localidad. Debido a la acción de las campañas destinadas a movilizar a los voluntarios de las ciudades cercanas, también es posible observar valores considerables de donaciones de estos individuos, con el porcentaje del 44,1% (7.384) para los hombres y el 45,2% (3.484) en relación con las mujeres.

En cuanto al nivel de estudios de los individuos encuestados, se observó que la tasa más alta fue la de candidatos a donar sangre con bachillerato completo, seguida de bachillerato incompleto, ambas con mayor prevalencia de candidatos masculinos (Figura 3).
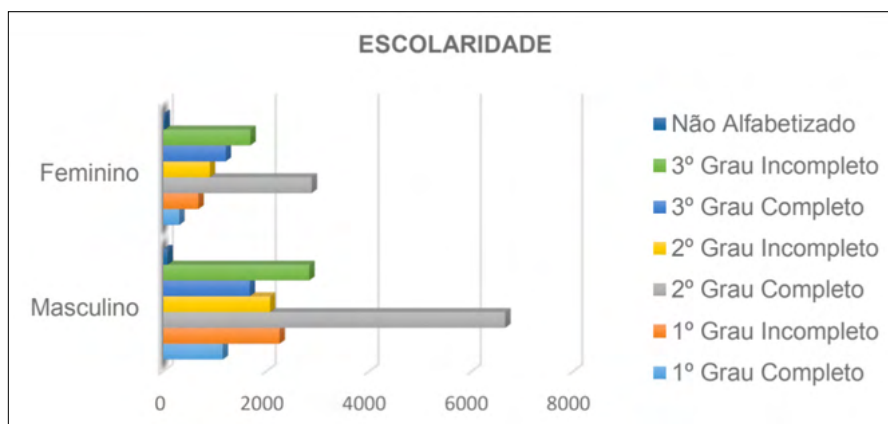
Figura 3. Nivel de educación de las personas que realizaron la donación de sangre en un Centro de Hemoterapia del Nordeste de Brasil.

Fuente: Autores, 2019.

Los valores obtenidos en el presente estudio demuestran una media aproximada al comparar el volumen recogido y la edad de los donantes entre los dos grupos estudiados, con un predominio de los varones tanto en relación a la edad media como al volumen recogido (Tabla 1).

GÉNERO	VARIABLE	PARAMETROS			
		Media	*Desviación estándar*	*Mínimo*	*Máximo*
Masculino					
	Edad	33,4	10,47	16	69
	Volumen extraído	427,4	85,40	-	-
Femenino					
	Edad	30,2	9,87	16	69
	Volumen extraído	419,3	54,40	-	-

No se ha calculado debido a las intercurrencias.

Tabla 1. Parámetros relacionados con la edad y el volumen recogido de los donantes por género en un Centro de Hemoterapia del Nordeste de Brasil.

Fuente: Autores, 2019.

La edad media del público femenino que realizó la donación de sangre fue de 30,2 años (± 9,87), siendo la más joven de 16 años y la mayor de 69. La media masculina, por su parte, es de 33,4 años (± 10,47), siendo el más joven de 16 años y el mayor de 69. Además, el volumen medio de sangre recogido fue de 419,3 ml para las mujeres (± 54,40), mientras que para los hombres la media fue de 427,4 ml (± 85,40).

Según los datos sobre el porcentaje de complicaciones durante la recogida, se puede comprobar que las mujeres tuvieron un 6,3% de complicaciones, mientras que los hombres sólo tuvieron un 3,4%. La significación estadística entre ambos géneros fue de $p<0,001$ con un riesgo estimado de 1,917 (Tabla 2).

INTERCORRENCIA	**GÉNERO**		**TOTAL**	**p**	**RIESGO RELATIVO**
	Femenino	*Masculino*			
Sim	568 (6,3%)	486 (3,4%)	1054 (4,3%)	0,001	1,917
Não	7227 (93,7%)	16193 (96,6%)	23420 (95,7%)		

Tabla 2. Número de complicaciones divididas según el sexo de los candidatos a donación de sangre en un Centro de Hemoterapia del Nordeste de Brasil.

Fuente: Autores, 2019.

La tabla 3 muestra que entre los motivos de complicaciones entre las mujeres, el más prevalente es la inaccesibilidad de la vena con bolsa, con un índice del 2,2% ($p<0,001$); seguido del volumen inadecuado de la muestra, con el 1,4% ($p<0,001$); la inadecuación para el cribado, con el 0,9% ($p<0,001$) y el porcentaje de abandono, con el 0,8% ($p<0,033$). Los valores más significativos entre los hombres fueron: inaccesibilidad de la vena con la bolsa, con un 1,0% ($p<0,001$); volumen de muestra inadecuado, con un 0,6% ($p<0,001$);

porcentaje de incapacidad por el cribado con un 0,4% (p<0,001) y un 0,5% (p<0,001) de abandonos.

Además de las principales causas mencionadas anteriormente, fue posible observar algunos otros motivos de incapacidad en el momento de la donación de sangre, tales como: muestra alterada, donación inválida - sólo muestra, inaccesibilidad de la vena sin bolsa, lipotimia después de la donación, tiempo excedido y tendencia a la lipotimia (Tabla 3).

INTERCORRENCIA	**GÉNERO**		**TOTAL**	**p**	**RIESGO RELATIVO**
	Femenino	*Masculino*			
	DESISTENCIA				
Sim	59 (0,8%)	90 (0,5%)	149	0,033	1,428
Não	7654 (99,2%)	16671 (99,5%)	24325		
	MUESTRA MODIFICADA				
Sim	11 (0,1%)	61 (0,4%)	72	0,003	0,391
Não	7702 (99,9%)	16700 (99,6%)	24402		
	DONACIÓN NO VÁLIDA - SÓLO MUESTRA				
Sim	4 (0,1%)	1 (0,0%)	5	0,020	8,703
Não	7709 (99,9%)	16760 (100%)	24469		
	INACCESIBILIDAD DE LA VENA - SIN BOLSA				
Sim	35 (0,5%)	24 (0,1%)	59	0,001	3,179
Não	7678 (99,5%)	16737 (99,9%)	24415		
	INACCESIBILIDAD DE LA VENA - CON BOLSA				
Sim	167 (2,2%)	170 (1%)	337	0,001	2,160
Não	7546 (97,8%)	16591 (99%)	24137		
	NO APTO EN EL MOMENTO DEL CRIBADO				
Sim	69 (0,9%)	75 (0,4%)	144	0,001	2,003
Não	7637 (99,1%)	16625 (99,6%)	24261		
	LIPOTIMIA DESPUÉS DE LA DONACIÓN DE SANGRE				
Sim	1 (0,0%)	1 (0,0%)	2	0,574	2,173
Não	7712 (100%)	16760 (100%)	24472		
	TIEMPO EXCEDIDO				
Sim	18 (0,2%)	27 (0,2%)	45	0,220	1,450
Não	7695 (99,8%)	16734 (99,8%)	24429		

	TENDENCIA A LA LIPOTIMIA				
Sim	13 (0,2%)	16 (0,1%)	29	0,123	1,767
Não	7700 (99,8%)	16745 (99.9%)	24445		
	VOLUMEN INADECUADO				
Sim	109 (1,4%)	103 (0,6%)	212	0,001	2,318
Não	7604 (98,6%)	16658 (99,4%)	24262		

Tabla 3. Intercurrencias clasificadas según el sexo de los candidatos a la donación de sangre en un Centro de Hemoterapia del Nordeste de Brasil.

Fuente: Autores, 2019.

Entre los no aptos para el cribado, algunos datos obtenidos en la investigación fueron del 57,55% para los hombres y del 42,25% para las mujeres, en un total de 6.945 candidatos23. 23 En el centro de sangre de una región del Nordeste de Brasil, los datos recogidos fueron de 52,1% para los hombres y 47,91% para las mujeres, en un total de 144 candidatos.

La figura 4 muestra una representación gráfica de los valores encontrados en la tabla 3, con el fin de ofrecer una mejor representación de los valores y obtener así una demostración más directa y visible.
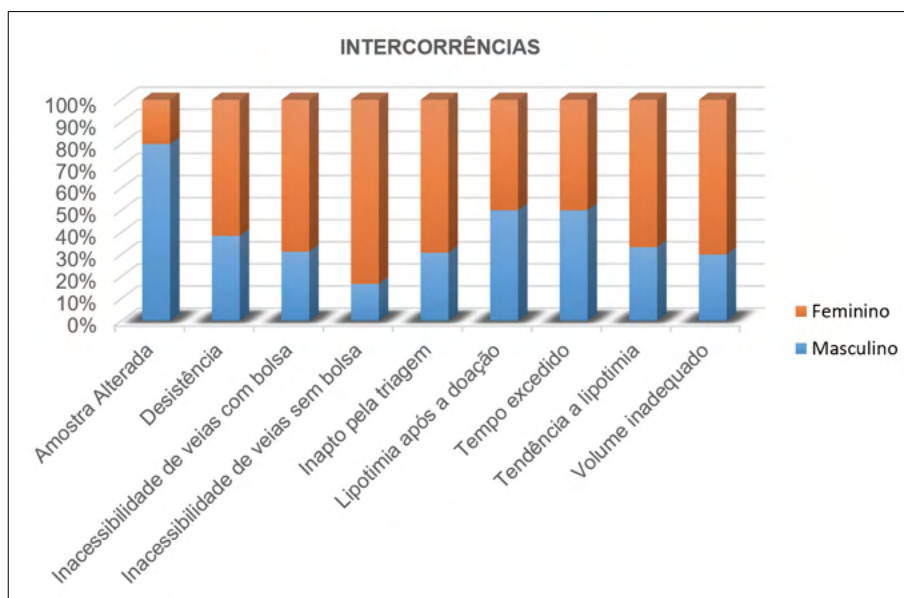
Figura 4. Intercurrencias por género de los individuos candidatos a la donación en un Centro de Hemoterapia del Nordeste de Brasil.

Fuente: Autores, 2019.

4 | DISCUSIÓN

Los individuos de sexo masculino presentan un mayor índice en la donación de sangre. La justificación de un menor porcentaje de donaciones en relación con las mujeres se debe a los bajos niveles de hematocrito, que tiene como causa principal la pérdida de sangre durante el ciclo menstrual (ROHR et al., 2012). Los bajos niveles de hematocrito también pueden explicarse por el tiempo de reposición de hierro -que en los hombres se produce más rápidamente, con una media de 60 días-, ya que, en las mujeres, la reposición de hierro del organismo es más lenta, con una duración media de 60 a 90 días en las mujeres en edad fértil (SAWYER Y FONSECA, 2015).

El porcentaje de donantes de otras regiones también puede asociarse a las donaciones de reposición, que sirven como estrategia de captación hospitalaria, ya que, en este tipo de donación, se pide a los familiares de los pacientes que busquen donantes para sus seres queridos, lo que contribuye a la oferta de servicios de hemoterapia (RODRIGUES et al., 2011).

Cabe señalar que los resultados obtenidos en este estudio difieren de los de algunos otros estudios, que afirman que cuanto mayor sea el nivel educativo del individuo, mayor será la posibilidad de ser donante de sangre, ya que tendrá un mayor bagaje teórico sobre el tema y, en consecuencia, una mayor comprensión de la importancia de este acto (SILVA et al., 2013). Sin embargo, los datos obtenidos revelan un mayor porcentaje de donaciones de individuos con secundaria completa, resultado que se explica a partir de la escolaridad media de la región estudiada, que, según el IBGE 2015, tiene 343.734 mil matriculados en la escuela primaria y sólo 81.768 mil en la secundaria, caracterizando una diferencia de 261.966 mil personas (IBGE, 2015).

Cabe destacar que los resultados relativos a la edad de los donantes son similares a los del estudio realizado por MEDEIROS, (2016) que informa de que la mayoría de los donantes pertenecen a una franja de edad entre 30 y 69 años.

Siguiendo el mismo razonamiento, los estudios describen que la mayoría de los donantes de sangre son mayores de 29 años (FONSECA, 2016). Esto puede explicarse por el hecho de que este tipo de donante suele tener una mayor madurez y conciencia en relación con los llamamientos y las necesidades sociales.

Según los resultados obtenidos, se puede observar un porcentaje de abandono del 0,6%. Este valor se puede atribuir como resultado de la Ordenanza nº 158 del 4 de febrero de 2016, que orienta a que el donante tenga la oportunidad de excluirse por razones de riesgo que puedan haber sido omitidas por el donante durante el proceso de selección (BRASIL, 2016). Este porcentaje de abandono también puede atribuirse al miedo sobre el proceso de recogida, que hace que muchos donantes desarrollen cierto temor y, como consecuencia, acaben desistiendo por no tener más información sobre el procedimiento.

Una investigación realizada en el Centro de Hemoterapia de una ciudad brasileña

de la Región Metropolitana de Brasil muestra que, en el momento de la flebotomía, hubo inaccesibilidad de las venas con bolsa entre los géneros, siendo 71,78% (290) mujeres y 28,22% (114) hombres, en un total de 404 candidatos (CAMPOS et al., 2013). En comparación, fue posible observar, en el centro de sangre de una región del Nordeste de Brasil, una inaccesibilidad de 50,44% para los hombres y 49,56% para las mujeres.

Uma de las principales causas de inadecuación en el cribado clínico son los valores de hematocrito por debajo de lo indicado, lo que ocurre principalmente en las mujeres, y el nivel mínimo aceptable, según la Ordenanza nº 158 del 4 de febrero de 2016, es del 38% para las mujeres y del 39% para los hombres (CAMPOS et al., 2013; MONTEIRO et al., 2015).

Los datos obtenidos en un estudio informan de que la mayor causa de falta de aptitud clínica encontrada entre los hombres es el comportamiento de riesgo (ROHR et al., 2012). Según GONÇALVEZ et al., (2015) esto ocurre porque los hombres, además de iniciar su vida sexual antes que las mujeres, también declaran tener más parejas sexuales que ellas.

Para la donación de sangre, es necesario cumplir con las normas establecidas por la ley vigente, es decir, la Ordenanza Nº 158 del 4 de febrero de 2016 (BRASIL, 2016). Según ella, es necesario que el paciente esté bien alimentado, haya dormido, tenga unos valores de presión arterial adecuados, un peso adecuado y algunas otras normas. Todos estos requisitos previos deben cumplirse para evitar una posible lipotimia, que se manifestará como una sensación de desmayo y puede llevar a la pérdida de conciencia durante unos minutos.

Se puede observar en la tabla 3 que los datos obtenidos muestran una mayor probabilidad de lipotimia entre las mujeres, presentando un valor de 0,2%, mientras que entre los hombres la tasa es de 0,1%, teniendo ambos géneros $p<0,123$. La lipotimia también puede producirse como resultado de un nivel de estrés generado por la ansiedad o el miedo a la extracción de sangre, lo que puede explicar la razón de la mayor tendencia de las mujeres a presentar lipotimia (CRUZ et al., 2019).

Según la Tabla 3, las mujeres mostraron un porcentaje de 1,4% ($p<0,001$) y los hombres de 0,6% ($p<0,001$) de volumen sanguíneo inadecuado. Las muestras con cantidades inadecuadas de sangre deben ser descartadas porque, según las normas de la Ordenanza Nº 158 del 4 de febrero de 2016 (BRASIL, 2016), el volumen de sangre a extraer debe ser proporcional a la cantidad de anticoagulante en la bolsa, para evitar una pérdida de bolsas por exceso a falta de anticoagulante.

5 I CONCLUSIÓN

El perfil de los candidatos no aptos para el cribado clínico en este estudio tiende a ser varón, de entre 30 y 33 años, con estudios primarios completos y donante espontáneo.

Este perfil refuerza la necesidad de extremar los cuidados durante el cribado clínico para seleccionar a las candidatas sanas, así como una mayor clarificación para este público sobre las condiciones necesarias para la donación de sangre y también las políticas públicas que fomentan la donación femenina.

Cabe destacar que la principal causa de inelegibilidad entre las mujeres fue el hematocrito bajo y, entre los hombres, destacaron la multiplicidad de parejas sexuales y el comportamiento de riesgo. Además de los motivos más recurrentes de incapacidad que se comentan en este artículo, es importante prestar atención a otros motivos menos evidentes, como las personas expuestas a material biológico potencialmente contaminado, los consumidores de drogas y los candidatos recientemente vacunados, datos que se obtienen durante la entrevista con el candidato.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apenas 1,8% dos brasileiros doam sangue; saiba como se tornar um doador**. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil sedia solenidade em comemoração ao Dia Mundial**. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950. Dispõe sobre doação voluntária de sangue**. 1950.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos**. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de informação: sangue e hemoderivados: Dados de 2015**. 2015.

CAMPOS, J.L; KIEL, G; BORDIGNON, J. **Avaliação epidemiológica das rejeições dos doadores de sangue em um banco de sangue de cascavel em um período de seis anos**. Rev. Thêma et Scientia. 3(1), 118-24. 2013.

CRUZ, A.D; MANFRINATO, L; SANTOS, L.F.A; MOTA, P.H.R; ANDRADE, D.M.B; SANCHES, C.D.B; COSTA, A.S; RAMOS, R.R. **Síncope e lipotimia em odontologia. In: Proceedings of the 7º Congresso da FOA -** Unesp/Annual Meeting. 6. 2019.

Fonseca, I.S; Oliveira, A.S; Vargas, L.N; Franz, J.P.M; Onsten, T.G.H; Garcia, L.O. **Avaliação da faixa etária dos doadores de sangue do serviço de hemoterapia do hospital de clínicas de porto alegre no ano de 2015.** 2016.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. **Sangue – breve história**. 2014.

Gonçalves, H; Machado, E.C; Soares, A.L.G; Figueira, F.A.C; Seerig, L.M; Mesenburg, M.A. **Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde**. Rev Bras Epidemiol. 18(1), 25-41. 2015.

Greinacher, A; Fendrich, K; Alpen, U; Hoffmann, W. **Impact of demographic changes on the blood supply: mecklenburg-West Pomerania as a model region for Europe.** 47(3), 395–401. 2007.

IBGE. **Estimativa Populacional na Educação**. 2015.

Justiça do Brasil. **Tribunal da justiça depor uma região do Nordeste Brasileiro TJ-SE – Apelação Cível: AC 2007214292 SE.** 2007.

MEDEIROS, A.N; MAPELLI, L.P; ISER, B.P.M; GOELZER, B. **Novos critérios para doações de sangue no Brasil: impacto no perfil dos doadores e na quantidade de doações realizadas em uma unidade de coleta de Santa Catarina**. Rev. AMRIGS. 60(3), 173-77. 2016.

MONTEIRO, D.K; BRUNA, C. **Principais fatores associados a inaptidão temporária e permanente de candidatos á doação de sangue.** Rev. Sau. Int. 8(1)15-6. 2015.

PEREIMA, R.S.M.R; REIBNITZ, K.S; MARTINI, J.G; NITSCHKE, R.G. **Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica.** Rev Bras Enferm. 63(2), 322-7. 2010.

RODRIGUES, R.S.M; LINO, M.M; REYBNITZ, K.S. **Estratégias de captação de doadores de sangue no Brasil: um processo educativo convencional ou libertador?** Saúde transform. soc. 1(3), 166-173. 2011.

ROHR, J.I; BOFF, D; LUNKES, D.S. **Perfil dos candidatos inaptos para doação de sangue no serviço de hemoterapia do hospital Santo Ângelo, RS, Brasil**. Revista de Patologia Tropical. 41(1), 27-35. 2012.

SAWYER, D; FÍGOLI, M.G.B; RODRIGUES, R.N; GARCIA, R.A. **Caracterização dos tipos de doadores de sangue em Belo Horizonte: Heterogeneidade do Homogêneo.** In: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 1-21. 2000.

SILVA, K.F.N; BARICHELLO, E; MATTIA, A.L; BARBOSA, M.H. **Condutas de enfermagem adotadas diante dos eventos adversos à doação de sangue.** Texto Contexto Enferm. 23(3), 688-95. 2014.

SILVA, R.M.G; KUPEK, E; PERES, K.G. **Prevalência de doação de sangue e fatores associados em Florianópolis, Sul do Brasil: estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública. 29(10). 2013.

SOARES, A.O; AQUINO, M.A; VIANA, V.P.N.L; BARROS, M.A.L.S; MOREIRA, M.E.S; MARTINS, T.T; PEREIRA, A.G; POPOLIM, R.S. **Myths and prejudice in the blood donation process.** Research, Society and Development, 9(7): 1-13, e330973347.

TELES, W.S; SILVA, M.C; JUNIOR, P.C.C.S; TORRES, R.C; AZEVEDO, M.V.C; BARROS, A.M.M.S; DEBBO, A; ANDRADE, A.F.S.M; MORAIS, A.L.J; CALASANS, T.A.S; SILVA, M.H.S. **Prevalência da reatividade ao anti-hbc total (IgM, IgG) em candidatos à doação de sangue, em uma região do nordeste do Brasil.** Research, Society and Development. v. 10, n. 9, e38210918337. 2021.

VIEIRA, G.N.T; SOUSA, F.E.S; BARBOSA. D.O.L; ALMEIDA, P.C; DODT, R.C.M; TELES, N.S.B. **Triagem clínica do processo de doação de sangue: análise da recusa dos doadores.** Rev. Enferm. UFPE Online. 9(1), 424-30. 2015.

CAPÍTULO 16

RELAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE COM O AUTOCUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 09/11/2021

Mônica Alice Santos da Silva
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
http://orcid.org/0000-0002-8058-6034

Ana Beatriz Alves de Lima
Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco
Recife – PE, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-5906-4418

Dhayanne Alves Veloso Silva
Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco
Recife – PE, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-1845-2844

Lays Miranda da Silva Cabral
Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco
Recife – PE, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3011-0502

Aline Agnes de Souza Cipriano
Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco
Recife – PE, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-5393-6887

Thaís de Souza Maia
Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco
Recife – PE, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-6794-2973

Sara Rodrigues Cordeiro da Silva
Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco
Recife – PE, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-4748-8627

Cynthia Angélica Ramos de Oliveira Dourado
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
http://orcid.org/ORCID:0000-0003-0895-4207

Morgana Cristina Leôncio de Lima
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0001-9953-5395

Clarissa Mourão Pinho
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0003-0911-6037

Maria Sandra Andrade
Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba
Recife (PE), Brasil
https://orcid.org/0000-0002-9551-528X

RESUMO: **Introdução:** a infecção pelo HIV/aids é uma condição crônica que afeta aspectos biopsicossocial das pessoas acometidas pelo agravo. Nesta perspectiva, é necessária que o indivíduo assimile as informações em saúde e o processo de cuidar. O letramento em saúde habilita o indivíduo a compreender as diretrizes de saúde, além de estimular o autocuidado. **Objetivo:** identificar a relação do letramento em saúde com o autocuidado de pessoas que vivem com HIV. **Metodologia:** revisão integrativa, orientada pela questão norteadora: "deficiências no letramento em saúde afetam diretamente o autocuidado referido entre pessoas que vivem com HIV?". Utilizaram-se, para pesquisa de dados, os descritores HIV; Autocuidado; e Letramento em Saúde, em inglês e português, pesquisados nas bases de dados PubMed, LILACS e SCIELO, considerando publicações de 2016 a 2021, disponíveis na íntegra. **Resultados:** PVHIV necessitam de suporte para realizar o autocuidado eficaz da condição crônica. Indivíduos com déficit de letramento em saúde apresentam maiores dificuldades no decorrer do tratamento, baixa adesão, má compreensão da condição de saúde, diminuição na utilização dos serviços de saúde e desconhecimento sobre autocuidado. Além disso, é essencial relação de confiança entre profissional e paciente, visto que as trocas de conhecimento ajudam na construção dos conceitos e na identificação das barreiras que impossibilitam o autocuidado eficiente. **Conclusão:** diversos fatores interferem no autocuidado de PVHIV, como as condições sociais, econômicas, demográficas e o baixo nível educacional. A adoção de boas práticas em saúde afetam, de forma positiva, essas pessoas. Desta forma, o letramento em saúde pode contribuir para que os pacientes se identifiquem como protagonistas do próprio processo de autocuidado.
PALAVRAS-CHAVE: HIV; Autocuidado; Letramento em Saúde; Enfermagem; Saúde Pública.

THE RELATIONSHIP OF HEALTH LITERACY AND SELF-CARE OF PEOPLE LIVING WITH HIV: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: **Introduction:** HIV/AIDS infection is a chronic condition that affects biopsychosocial aspects of people affected by the disease. From this perspective, it is necessary for the individual to assimilate information on health and the care process. Health literacy enables the individual to understand health guidelines, in addition to encouraging self-care. **Objective:** To identify the relationship between health literacy and self-care for people living with HIV. **Methodology:** this is an integrative review guided by the guiding question: "deficiencies in health literacy directly affect self-care reported among people living with HIV?". For data research, the descriptors HIV were used; Self-care; and Health Literacy in English and Portuguese, the PubMed, LILACS and SCIELO databases were used, considering publications from the period 2016 to 2021, available in full. Results: PLHIV need support to perform effective self-care for their chronic condition. Individuals with a deficit of health literacy have greater difficulties during treatment, poor adherence, poor understanding of their health condition, decreased use of health services and lack of knowledge about self-care. In addition, a relationship of trust between professional and patient is essential, as the exchange of knowledge helps in the construction of concepts and in the identification of barriers that make efficient self-care impossible. **Conclusion:** Several factors interfere in the self-care of PLHIV, such as social, economic, demographic conditions and low educational level. The adoption of good health practices positively affects these people. Thus, health literacy can help patients identify themselves as protagonists of their self-care process.

KEYWORDS: HIV; Self Care; Health Literacy; Nursing; Public Health.

1 I INTRODUÇÃO

A infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) acomete cerca de 38 milhões de pessoas, no mundo. Essa condição pode causar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença crônica que vai além do contexto biológico, atingindo relações sociais, saúde mental, aspectos econômicos e qualidade de vida do indivíduo (UNAIDS, 2020). Inicialmente, associada à morte precoce, com os avanços das tecnologias em saúde, a doença assumiu caráter crônico. Essa mudança está relacionada ao declínio da morbimortalidade e aumento da qualidade de vida decorrentes, em especial, da introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) (POLEJACK, 2020).

A eficácia da TARV depende da adesão dos pacientes ao tratamento, que consiste em processo abrangente que envolve aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais. Para que aconteça boa adesão, é necessário o envolvimento da pessoa vivendo com HIV/aids (PVHIV), do serviço de saúde e da rede de apoio (PEREZ, 2021). A baixa adesão ao tratamento pode afetar o controle da doença, tornando o vírus resistente aos medicamentos, acarretando necessidade de planos terapêuticos mais complexos que podem exigir maior número de medicamentos (SILVA, 2015).

O letramento em saúde é um conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a capacidade do indivíduo obter, processar e compreender informações de saúde, e assim utilizá-las no cotidiano (CANGUSSÚ, 2021). O letramento inadequado constitui problema de saúde pública, uma vez que indivíduos que possuem dificuldades em compreender as informações em saúde, podem apresentar falhas na adesão à TARV e no autocuidado. Para que o paciente realize de forma correta os cuidados de saúde, é preciso que ele compreenda o próprio adoecimento.

O *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) e o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) são dois instrumentos utilizados para mensurar o nível de letramento em saúde dos indivíduos, buscando avaliar os efeitos de diversas variáveis que contribuem para o desenvolvimento e uso das habilidades no contexto assistencial. Apesar de determinantes individuais, a limitação do letramento em saúde não pode ser atribuída somente ao indivíduo, uma vez que o sistema de saúde também contribui para que as informações sejam transmitidas de maneira inadequada (CANGUSSÚ, 2021).

A limitação do letramento em saúde se deve a uma falha na interação entre o indivíduo e o serviço. O letramento em saúde tem sido utilizado como estratégias do profissional de enfermagem, no intuito de estimular o autocuidado. Neste sentido, considera-se a participação ativa do paciente no tratamento, ao dividir com o profissional a responsabilidade na implementação da assistência e nos resultados (CARNAÚBA, 2020). O déficit de autocuidado está, muitas vezes, associado ao medo do preconceito, gerado em

torno do acometimento pela infecção por HIV. Com isso, são adotadas práticas de saúde limitadas e com dúvidas (SERRÃO, 2019).

Tendo em vista a importância do letramento em saúde para adequada adesão do paciente às linhas de cuidado e à inserção nos serviços de saúde, torna-se relevante a investigação acerca da influência desta habilidade no autocuidado, uma vez que o tratamento de doenças crônicas depende da ação constante do paciente no cuidado de si. Lacunas encontradas servirão para o desenvolvimento de medidas educativas que promovam melhor autocuidado, com consequente melhora na adesão ao tratamento. Assim, objetivou-se identificar a relação do letramento em saúde com o autocuidado de pessoas que vivem com HIV.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), orientada pela questão norteadora: "deficiências no letramento em saúde afetam diretamente o autocuidado referido entre pessoas que vivem com HIV?".

Realizaram-se seis etapas para operacionalização da pesquisa: definição do tema e da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios inclusivos e exclusivos dos artigos; padronização dos dados a serem coletados nos artigos escolhidos para o estudo; avaliação criteriosa dos artigos selecionados; compilação dos resultados e revisão síntese do conhecimento disponibilizado (CRUZ *et al.*, 2013).

O estudo foi desenvolvido com a busca de artigos nas seguintes bases de dados: Public Medical (PubMed), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), em dois idiomas (português e inglês). A busca ocorreu entre abril e maio de 2021 e teve como descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): HIV, Self care, and Health literacy para artigos em inglês; e em português, HIV, Autocuidado e Letramento em saúde.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: limite temporal para os artigos publicados entre 2016 e 2021, que estivessem disponíveis na íntegra, com estudos desenvolvidos com indivíduos maiores de 18 anos. E, como exclusão: teses, dissertações, monografias, artigos de revisão, artigos em duplicação nas bases de dados e não relacionados com a pergunta norteadora.
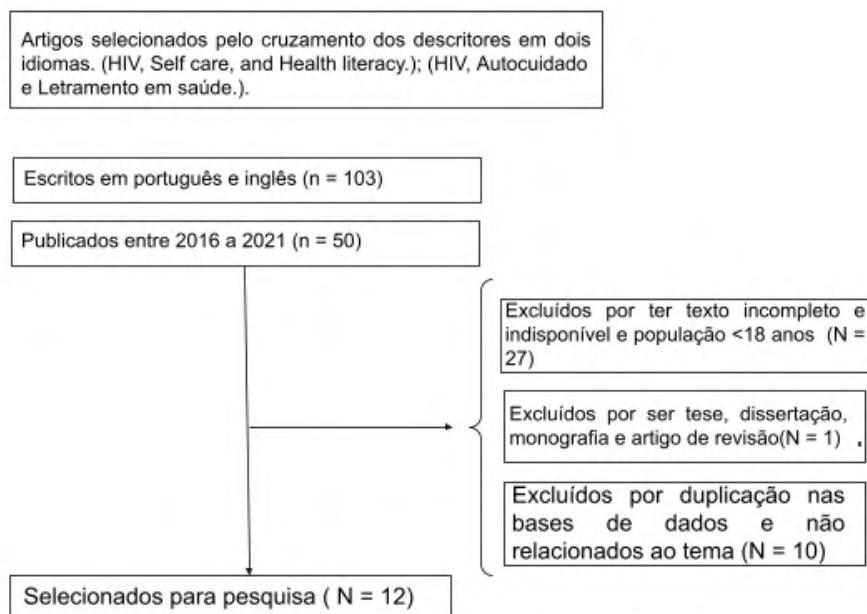
Figura 1. Processo para seleção dos trabalhos.

Os resultados foram alcançados pela análise da síntese do conhecimento disponibilizado nos artigos consultados.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Localizaram-se 50 artigos, após a leitura, permaneceram os artigos que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, resultando em 12 estudos. Destaca-se, no Quadro 1, as publicações selecionadas de acordo com título, autores, ano de publicação e tipo de estudo.

TÍTULOS	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPOS DO ESTUDO
Building Trust and Relationships Between Patients and Providers: An Essential Complement to Health Literacy in HIV Care	Dawson-Rose C, Cuca YP, Webel AR, Solís Báez SS, Holzemer WL	2016	Estudo qualitativo
Use and awareness of and willingness to self-test for HIV: an analysis of cross-sectional population-based surveys in Malawi and Zimbabwe.	Johnson C, Neuman M, MacPherson P, Choko A, Quinn C, Wong VJ, Hatzold K, Nyrienda R, Ncube G, Baggaley R, Terris-Prestholt F, Corbett EL.	2020	Análise de pesquisas transversais

Patient-provider perspectives on self-management support and patient empowerment in chronic care: A mixed-methods study in a rural sub-Saharan setting.	Angwenyi V, Aantjes C, Bunders-Aelen J, Lazarus JV, Criel B.	2019	Estudo descritivo concorrente de métodos mistos
Driving factors of retention in care among HIV-positive MSM and transwomen in Indonesia: A cross-sectional study.	Nugroho A, Erasmus V, Coulter RWS, Koirala S, Nampaisan O, Pamungkas W, Richardus JH.	2018	Estudo transversal
Is the Newest Vital Sign a Useful Measure of Health Literacy in HIV Disease?	Kordovski VM, Woods SP, Avci G, Verduzco M, Morgan EE	2017	Estudo qualitativo
Ability to understand and correctly follow HIV self-test kit instructions for use: applying the cognitive interview technique in Malawi and Zambia	Simwinga M, Kumwenda MK, Dacombe RJ, Kayira L, Muzumara A, Johnson CC, Indravudh P, Sibanda EL, Nyirenda L, Hatzold K, Corbett EL, Ayles H, Taegtmeyer M.	2019	Estudo qualitativo
HIV Self-Testing in Lusaka Province, Zambia: Acceptability, Comprehension of Testing Instructions, and Individual Preferences for Self-Test Kit Distribution in a Population-Based Sample of Adolescents and Adults.	Zanolini A, Chipungu J, Vinikoor MJ, Bosomprah S, Mafwenko M, Holmes CB, Thirumurthy H.	2018	Estudo de base populacional
preferences for visualization of longitudinal patient-reported outcomes data	Stonbraker S, Porras T, Schnall R. Patient	2020	Estudo quantitativo
Acceptability of oral HIV self-testing among female sex workers in Gaborone, Botswana	Shava E, Manyake K, Mdluli C, Maribe K, Monnapula N, Nkomo B, Mosepele M, Moyo S, Mmalane M, Bärnighausen T, Makhema J, Bogart LM, Lockman S	2020	Estudo qualitativo
"Get Ready and Empowered About Treatment" (GREAT) Study: a Pragmatic Randomized Controlled Trial of Activation in Persons Living with HIV.	Carroll JK, Tobin JN, Luque A, Farah S, Sanders M, Cassells A, Fine SM, Cross W, Boyd M, Holder T, Thomas M, Overa CC, Fiscella K.	2019	Ensaio clínico randomizado pragmático
A qualitative study on the experiences and perspectives of public sector patients in Cape Town in managing the workload of demands of HIV and type 2 diabetes multimorbidity.	Matima R, Murphy K, Levitt NS, BeLue R, Oni T.	2018	Estudo qualitativo
Acceptability of HPV screening among HIV-infected women attending an HIV-dedicated clinic in Abidjan, Côte d'Ivoire	Mensah K, Assoumou N, Duchesne V, Pourette D, DeBeaudrap P, Dumont A.	2020	Estudo qualitativo

Quadro 1: Publicações selecionadas, de acordo com título, autores, ano de publicação e tipo de estudo.

Letramento em Saúde é a capacidade de obter, processar e compreender informações, de forma a tomar decisões apropriadas quanto ao autocuidado (CHEHUEN, 2019). As PVHIV que possuem alfabetização limitada em saúde e pouco conhecimento

sobre a doença estão mais propensas à baixa adesão ao tratamento e, consequentemente, ao déficit no autocuidado (KORDOVSKI, 2017).

Em 1969, Dorothea E Orem introduziu o conceito de autocuidado, atividade que consiste em atitudes dirigidas pelas pessoas sobre si mesmas que afetam o próprio desenvolvimento e funcionamento e que beneficiem a própria vida, saúde ou bem-estar (HERNÁNDEZ, 2017). Entende-se como déficit do autocuidado a relação entre a demanda por autocuidado terapêutico e a ação de autocuidado das propriedades humanas que não são operacionais ou adequadas. Cabem aos enfermeiros identificarem as incapacidades as quais os seres humanos estão sujeitos e criar ações que favoreçam que o paciente saiba enfrentar as dificuldades (HERNÁNDEZ, 2017; CARNAÚBA, 2020).

Pacientes que vivem com condições crônicas necessitam de suporte para realizar o autocuidado e fazer os ajustes de estilo de vida, necessários para manter boa saúde e minimizar complicações. De acordo com o modelo de cuidado crônico de Wagner, os pacientes precisam ser informados e ativos no cuidado à saúde, enquanto mantém contato com equipe de saúde capacitada, para atingir nível ideal de cuidado (ANGWENYI, 2019).

Estudo realizado em San Diego identificou que adultos vivendo com HIV e que possuíam baixo nível de letramento em saúde são mais propensos a ter opiniões negativas sobre a relação com profissionais de saúde, o que pode afetar o autocuidado, visto que se faz necessária interação com vários profissionais, a fim de obter e comunicar informações relacionadas à saúde (KORDOVSKI, 2017).

Em estudo feito na Califórnia, reconheceu-se a importância da confiança na relação paciente e profissional. Essa relação de confiança foi considerada essencial para o desenvolvimento de letramento adequado. Seguir as orientações de saúde requer do paciente engajamento no processo de cuidar e criação de vínculo com o profissional que o ajudará na construção do conhecimento (DAWSON-ROSE, 2016).

Os prestadores de cuidados de saúde iniciam o estabelecimento do vínculo no reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde do paciente. O letramento em saúde está intimamente ligado ao status socioeconômico, aos níveis de educação, à idade e raça / etnia (DAWSON-ROSE,2016). Essas variáveis se correlacionam com o saber, a prática diária de saúde física, o suporte social e o viver com HIV (ARERI, 2020).

As barreiras comportamentais percebidas para o tratamento de saúde podem ser identificadas nos níveis individual / atitudinal e estrutural / sistêmico, como desejo de lidar com o problema por conta própria, baixo status socioeconômico, dificuldades para marcar consultas e escolaridade limitada (FALGAS, 2017).

As PVHIV pobres e minorias apresentam maiores dificuldades de adesão ao tratamento, visto que apresentam maiores índices de falta as consultas e durantes as consultas fazem menos perguntas (CARROLL, 2019). A vulnerabilidade socioeconômica está intrinsecamente ligada ao baixo nível de escolaridade. No ambiente clínico, é comum que essas pessoas se abstenham de tentar esclarecer dúvidas, preocupadas em revelar

o baixo nível de instrução, que representa também outra temática, na qual mostra um estigma social (DAWSON-ROSE, 2016).

O modo de produção também pode ser um obstáculo para o autocuidado das PVHIV. A carga horária de trabalho influencia o acesso aos serviços de saúde, o próprio emprego e a remuneração interferem nos cuidados de nível individual, como nutrição, tomar medicação, atividade física e segurança pessoal (MATIMA, 2018). Pessoas com empregos públicos e maior estabilidade financeira têm maior nível de autocuidado (ARERI, 2020). Por esta razão, a relação paciente-profissional pode ser particularmente importante para garantir que os pacientes recebam informações para o autocuidado, aproximando-se da realidade no qual está inserido (DAWSON-ROSE, 2016).

Outro aspecto importante é que estudos demostram maior prevalência no déficit no autocuidado de PVHIV no sexo feminino. Estudos mostram que esses números aumentam no caso de mulheres profissionais do sexo, mulheres transgênero e em situação de reclusão. Diferentes razões foram relatadas para a má retenção nos cuidados de HIV entre as populações-chave, como estigma internalizado relacionado ao trabalho sexual e à orientação sexual, discriminação, ambiente de trabalho, comportamentos de risco e atitudes negativas em relação à TARV (ARERI, 2020; NUGROHO, 2018; KOIRALA, 2017).

Fatores histórico e cultural em torno do sexo feminino apontam que as mesmas hesitam pedir informações de saúde, principalmente quanto à temática sexual, dificultando o autocuidado, mesmo considerando que as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens (DUGGAL, 2018). Na população trans, há alto índice de abandono do tratamento. Muitas realizam automedicação e priorizam a terapia hormonal, tendo preocupações sobre as interações adversas entre TARV e terapia hormonal, não procurando informações que as esclareçam em fontes confiáveis de saúde (KOIRALA, 2017).

O mesmo distanciamento ocorre nos grupos sociais que historicamente são marginalizados. Estudo na Indonésia com homens que fazem sexo com homens e mulheres trans descreve que as características socioeconômicas e determinantes sociais influenciam a retenção do autocuidado (NUGROHO, 2018).

Outro estudo que trata de migrantes que vivem com HIV, nos Estados Unidos da América e na Espanha, reconhece como barreiras do autocuidado a acessibilidade aos serviços de saúde e os estigmas culturalmente associados ou estigma duplo, advindos da correlação da diferença cultural e do baixo nível socioeconômico (FALGAS, 2017). Isso também é visto com PVHIV usuárias de drogas, em situação carcerária, residentes de cidades pequenas, de difícil acesso e áreas rurais (ARERI, 2020; NUGROHO, 2018; KOIRALA, 2017).

Em relação à raça/ etnia, os afro-americanos/ negros e hispânicos/ latinos apresentam maiores índices de déficit de autocuidado e alto risco à mortalidade relacionado ao HIV/ aids. A disparidade racial é comumente associada à alfabetização limitada e situação econômica e social de vulnerabilidade (KORDOVSKI, 2017; DAWSON-ROSE, 2016).

Para as populações afro-americanos e hispânicos imigrantes, são detectadas barreiras relacionadas ao diagnóstico e tratamento precoce ou acesso inadequado ao tratamento, resultando em prejuízos para a qualidade de vida e as intervenções em saúde precoces e mais efetivas (FALGAS, 2017).

O reconhecimento dessas variáveis é fundamental. É comum que indivíduos que vivem com HIV mantenham relacionamento de longo prazo com os profissionais. Assim, a obtenção de instrumentos que avaliem previamente todas as singularidades identificará os fatores limitantes da aprendizagem e auxiliará no estímulo à autonomia e às boas práticas de saúde (DAWSON-ROSE, 2016; KORDOVSKI, 2017).

Com intuito de minimizar as rupturas e barreiras de conhecimento, estratégias facilitadoras da comunicação permeiam a prática do profissional que irá promover ações de letramento em saúde. As informações devem ser transmitidas de forma compreensível e significativa para os usuários (STONBRAKER, 2019). O profissional necessita estar sensível para perceber o nível de compreensão e limitação do paciente, mediante escuta atenta, e desenvolver relação de confiança e respeito mútuo (DAWSON-ROSE, 2016).

Ao reconhecer as dificuldades de compreensão de PVHIV, em serviço de saúde em Nova Iorque, os profissionais incluíram os usuários no processo de elaboração de estratégias de intervenção. Os dados foram reformulados em figuras gráficas, de modo que os usuários relataram possuir mais familiaridade e compreensão dos termos, alcançando, assim, o objetivo do estudo que era ter um produto significativo que ajudasse no autocuidado dos pacientes (STONBRAKER, 2019). Intervenções que incluam as pessoas que vivem com o HIV como protagonistas do próprio processo de saúde, melhoram significativamente os níveis de autocuidado destes (CARROLL, 2019).

Outros estudos utilizaram meios digitais para auxiliar pacientes nos cuidados com a saúde e no conhecimento sobre a própria condição crônica. O uso de tecnologias digitais permite alcançar e incluir pessoas com mobilidade limitada, pessoas em áreas não urbanas que apresentam nível de estudo limitado e pessoas com condições estigmatizantes, já que oferece maior senso de confidencialidade e anonimato (DUGGAL, 2018; CÔTÉ, 2020; CARROL, 2019).

Estratégias que utilizam meios digitais impactam diretamente no empoderamento do paciente, além de possibilitar melhorias no letramento em saúde eletrônico e participação do paciente na tomada de decisão, adesão, estado de saúde e controle da carga viral. Inclusive, na adoção de incentivos e lembretes que utilizam ferramentas eletrônicas para envolver e acompanhar os pacientes (CÔTÉ, 2020; CARROLL, 2019).

A exemplo, cita-se estudo realizado na Índia, em que enfermeiros utilizaram o telefone celular para melhorar a adesão ao tratamento de HIV e realizar educação em saúde para estimular comportamentos de autocuidado em mulheres vivendo com HIV. A estratégia teve grande aceitabilidade, visto que, quando comparadas às estratégias que utilizam textos, a informação através da conversa por ligação telefônica gerou mais

envolvimento das usuárias, especialmente as com alfabetização limitada. Além disso, as mulheres se sentiram em atendimento personalizado, em que poderiam discutir questões de saúde mental e pedir informações confidenciais que evitariam consulta tradicional de forma presencial (DUGGAL, 2018).

As estratégias para melhorar o letramento em saúde estão em conformidade com as evidências científicas atuais. Indivíduos letrados em saúde são empoderados da situação, buscam conhecimento para desenvolver boas práticas em saúde, reconhecem a importância da prática de atividade física diariamente, adotam dieta mais equilibrada, estratégias para redução do estresse, administração de sintomas e gerenciamento dos efeitos colaterais de medicamentos (CARROLL, 2019; ARERI, 2020).

Tendo em vista os dados levantados nos estudos investigados, o letramento em saúde deve ser implementado pelos profissionais de saúde, sobretudo, pelos enfermeiros, durante o contato com pacientes, em qualquer nível de complexidade em saúde em que haja o desenvolvimento do cuidado. Esses dados podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a assistência em saúde prestada às PVHIV, de modo a melhorar o autocuidado, a qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

4 I CONCLUSÃO

A gestão do autocuidado em PVHIV está relacionada com o letramento em saúde. Os estudos analisados evidenciaram que a adoção de boas práticas em saúde envolvem variáveis individuais e sistêmicas que necessitam de abordagem dinâmica, devido às dimensões, em que a educação em saúde se mostra como facilitadora desse processo.

Os principais fatores intervenientes identificados foram as baixas condições sociodemográficas e econômicas, o baixo nível de escolaridade e o estigma relacionado às influências histórico-culturais de gênero e raça. Atrelada à condição estigmatizante ao HIV, esses aspectos funcionam como barreira ao conhecimento, levando à PVHIV ter dificuldade na prevenção, no tratamento e nos cuidados à saúde. O papel do profissional de saúde é essencial nesse processo, o qual deve ter relação profissional-paciente baseada na confiança e no respeito, de modo a estimular o empoderamento do paciente.

É comum em PVHIV a abstenção na obtenção de esclarecimentos sobre o processo de saúde e/ ou a condução de práticas de saúde não planejadas e infundadas, mesmo sabendo onde procurar fontes confiáveis de informações. Isso ocorre pelo não reconhecimento do vínculo na relação com o profissional/ cuidador. Cabe ao educador em saúde identificar, de maneira singular, as reais necessidades do indivíduo e os impactos que os determinantes e condicionantes de saúde causam na aprendizagem e instrução, e aplicar as medidas intervencionistas necessárias.

É importante também investigação acerca do que é entendido e compreendido para efetivação do autocuidado. O LS visa auxiliar a compreensão das informações,

incorporadas às atitudes práticas colaborativas do indivíduo. O sujeito deve ser, portanto, participante da construção da própria aprendizagem. À medida que o protagonismo do indivíduo é incentivado pelo apoio ao letramento em saúde, ocorre a efetiva autonomia e, consequentemente, o autocuidado.

REFERÊNCIAS

ANGWENYI, Vibian et al. Patient-provider perspectives on self-management support and patient empowerment in chronic care: A mixed-methods study in a rural sub-Saharan setting. **J Adv Nurs.** v. 75, e.11, 2019, p. 2980-2994. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5771583/>. Access on 14 may 2021.

ARERI, Habtamu; MARSHALL, Amy; HARVEY, Gillian. Factors influencing self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy in Northwest Ethiopia: a cross- sectional study. **BMC Infect Dis.** v. 20, n. 1, p. 879. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7686766/>. Access on 14 may 2021.

Cangussú, Luana Resende et al. Concordância entre dois instrumentos para avaliação do letramento em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2021, v. 30, n. 2 [Acessado 9 Junho 2021] , e2020490. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200004>. Epub 07 Maio 2021. ISSN 2237-9622. https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200004.

CARNAÚBA, Raíssa Rodrigues de Oliveira; SOUZA, Cesário da Silva. Autocuidado e adesão terapêutica à pessoas com HIV. 2020. 13 f. **TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Tiradentes – UNIT,** Alagoas, 2020. Cap. 1. Available from <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3270/TCC.pdf?sequence=1>. Access on 12 may 2021.

CARROLL, Jennifer K. et al. "Get Ready and Empowered About Treatment" (GREAT) Study: a pragmatic randomized controlled trial of activation in persons living with HIV. **Journal Of General Internal Medicine**, v. 34, n. 9, p. 1782-1789, 25 jun. 2019. Springer Science and Business Media LLC. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31240605/. Access on 17 may 2021.

CÔTÉ, José et al. Effectiveness of a Web-Based Intervention to Support Medication Adherence Among People Living With HIV: web-based randomized controlled trial. **Jmir Public Health And Surveillance**, v. 6, n. 2, p. 17733-17741, 20 abr. 2020. JMIR Publications Inc. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310145/>. Access on 17 my 2021.

CRUZ, Vania Dias et al. Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 9, n. 1, 2013, p. 48-55. Available from <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762013000100008&script=sci_arttext&tlng=pt>. Access on 12 may 2021.

DAWSON-ROSE, Carol et al. Building Trust and Relationships Between Patients and Providers: An Essential Complement to Health Literacy in HIV Care. **J Assoc Nurses AIDS Care**. 2016 Sep-Oct;27(5):574-84. Epub 2016 Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5207494/>. Access on 10 may 2021.

DUGGA, Mona et al. Acceptability of Mobile Phone-Based Nurse-Delivered Counseling Intervention to Improve HIV Treatment Adherence and Self-Care Behaviors Among HIV-Positive Women in India. **AIDS Patient Care STDS**. 2018 Sep;32(9):349-359. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121177/>. Access on 10 may 2021.

FALGAS, Irene et al. Barriers to and Correlates of Retention in Behavioral Health Treatment Among Latinos in 2 Different Host Countries: the united states and spain. **Journal Of Public Health Management And Practice**, v. 23, n. 1, p. 20-27, jan. 2017. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26910867>. Access on 17 may 2021.

HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo et al. A Teoria do Déficit de Autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. **Diário Médico Espirituana**. v. 19, n. 3, 2017. Available from<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>. Access on 13 may 2021.

KOIRALA, Sushil et al.Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia-A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. **PLoS One**. 2017 May 1;12(5):e0176914. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5411091/>. Access on 14 may 2021.

KORDOVSKI, Victoria M. et al. Is the Newest Vital Sign a Useful Measure of Health Literacy in HIV Disease? **Journal Of The International Association Of Providers Of Aids Care (Jiapac)**, v. 16, n. 6, p. 595-602, 7 set. 2017. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28877636/>. Access on 14 may 2021.

MATIMA, Rangarirai et al. A qualitative study on the experiences and perspectives of public sector patients in Cape Town in managing the workload of demands of HIV and type 2 diabetes multimorbidity. **PLoS One**. 2018 Mar 14;13(3):e0194191. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5851623/>. Access on 14 may 2021.

CHEHUEN, José Antonio et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 24, n. 3, pp. 1121-1132. Available from <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n3/1121-1132/#>. Access on 14 may 2021.

NUGROHO, A et al. Driving factors of retention in care among HIV-positive MSM and transwomen in Indonesia: A cross-sectional study. **PLoS One**. 2018 Jan 17;13(1):e0191255. <Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5771583/>. Access on 13 may 2021.

PEREZ, Taciane Alvarenga; CHAGAS, Eduardo Federighi Baisi; PINHEIRO, Osni Lázaro. Letramento funcional em saúde e adesão a terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 42, e20200012, 2021 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000100406&lng=pt&nrm=iso>. Access on 12 Apr 2021.

POLEJACK, Larissa et al . Desafios para a Adesão ao TARV na Perspectiva dos Profissionais do Sistema de Saúde de Moçambique. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 36, n. spe, e36nspe10, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722020000300209&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr 2021.

SERRÃO, Jeane Rodrigues Miranda et al. Saberes de gestantes com HIV sobre o autocuidado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 36, p. e1563, 2019. Available from <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1563>. Access on 11 Apr 2021.

SILVA, José Adriano Góes et al . Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 6, p. 1188-1198, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601188&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 May 2021.

STONBRAKER, Samantha; PORRAS, Tiffany; SCHNALL, Rebecca. Patient preferences for visualization of longitudinal patient-reported outcomes data. **J Am Med Inform Assoc.** 2020 Feb 1;27(2):212-224. Available from <https://academic.oup.com/jamia/article-abstract/27/2/212/5610614?redirectedFrom=fulltext>. Access on 14 may 2021.

UNAIDS. Estatísticas. Brasília, 2020. Avaiable from: <https://unaids.org.br/estatisticas/#: ~:text=75%2C7%20milh%C3%B5es%20%5B55%2C,at%C3%A9%20o%20fim%20de%202019)>. Access on 15 Apr 2021.

CAPÍTULO 17

SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO POR MULHERES COM PROBLEMAS DE SAÚDE: ESTUDO EM UM SETOR DE GINECOLOGIA

Data de aceite: 01/12/2021

Joyce Ferreira Reis
Graduanda em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) da UFES

Franciéle Marabottti Costa Leite
Doutora em Epidemiologia. Docente do Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Líder do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) da UFES

Ranielle de Paula Silva
Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Faculdade Multivix e Preceptora da Faculdade FAESA. Vitória, ES. Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) da UFES

Maria Luiza Cunha Santos
Graduanda em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) da UFES

Karina Fardim Fiorotti
Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM). Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) da UFES

RESUMO: O **objetivo** desse estudo foi identificar os tipos de apoio social percebidos por mulheres, com problemas de saúde, internadas em um setor de ginecologia. **Metodologia**: estudo epidemiológico do tipo descritivo. Os dados foram coletados de agosto de 2017 a junho de 2018. Participaram 260 mulheres adultas internadas no setor de ginecologia de um Hospital Universitário do município de Vitória, Espírito Santo. Foram aplicados dois instrumentos: o primeiro para caracterização socioeconômica e comportamental e o segundo instrumento a escala de Apoio Social Medical Outcomes Study que contempla cinco âmbitos de apoio social (material, afetivo, interação social positiva, apoio emocional e informação), validado para uso na população brasileira. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico Stata 13.0. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa. **Resultados**: Em relação à dimensão apoio material, cerca de 7 a cada 10 mulheres responderam contar com alguém. Quanto à dimensão afetiva, aproximadamente 80,0% das entrevistadas contam com alguém que demonstre amor e afeto. Na dimensão emocional 76,2% sempre têm alguém para ouvi-la, 73,8% alguém em quem possa confiar, 71,9% com quem compartilhar medos e preocupações e 70,4% para compreender seus problemas. Em relação à dimensão de informação, a cada 10 respondentes, aproximadamente três possuem alguém em situações de crise, assim como, na dimensão interação social positiva. **Conclusão**: os menores níveis de suporte social foram encontrados nas dimensões de informação e de interações sociais positivas. O suporte social

contribui para o enfrentamento do adoecimento e da recuperação, a família e amigos constitui a principal fonte de apoio social. Entretanto, os profissionais de saúde também participam como fonte importante.
PALAVRAS-CHAVE: Apoio social. Saúde da mulher. Ginecologia. Percepção social. Epidemiologia.

ABSTRACT: The aim of this study was to identify the types of social support perceived by women, with health problems, hospitalized in a gynecology sector. Methodology: descriptive epidemiological study. Data were collected from August 2017 to June 2018. 260 adult women hospitalized in the gynecology sector of a University Hospital in the city of Vitória, Espírito Santo, participated. Two instruments were applied: the first for socioeconomic and behavioral characterization and the second instrument the Social Support Medical Outcomes Study scale, which includes five areas of social support (material, affective, positive social interaction, emotional support and information), validated for use in Brazilian population. Data were analyzed using the Stata 13.0 statistical program. Project approved by the Ethics and Research Committee. Results: Regarding the material support dimension, about 7 out of 10 women said they had someone. As for the affective dimension, approximately 80.0% of the interviewees have someone who demonstrates love and affection. In the emotional dimension 76.2% always have someone to listen to them, 73.8% someone they can trust, 71.9% with whom to share fears and concerns and 70.4% to understand their problems. Regarding the information dimension, for every 10 respondents, approximately three have someone in crisis situations, as well as in the positive social interaction dimension. Conclusion: the lowest levels of social support were found in the dimensions of information and positive social interactions. Social support contributes to coping with illness and recovery, family and friends are the main source of social support. However, health professionals also participate as an important source.
KEYWORDS: Social support. Women health. Ginecology. Social support. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento provoca insegurança e estabelece novos parâmetros de vida, além de introduzir uma nova realidade, com sentimentos negativos, desespero, medo e aproximação da morte (CAMPOS, *et al.,* 2015). Essa experiência denota a singularidade humana e pode ter como consequências o afastamento do trabalho, a ansiedade e a impotência durante uma situação de vulnerabilidade sendo possível causador de desequilíbrio psíquico e emocional (MOREIRA; NOGUEIRA; ROCHA, 2007). Do mesmo modo, pode fazer com que a vida do indivíduo tenha foco apenas na doença e do que a envolve, como, as orientações médicas, limitações impostas, exames requeridos e cuidados que demandam atenção (XAVIER; ZANOTTI; RIBEIRO, 2013). O processo de adoecimento tem impacto negativo e modifica a rotina e relacionamentos familiares. (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2015).

Nesse contexto, quando um adoecimento se instaura, provoca quadros que

necessitam de cuidados e, consequentemente, necessários rearranjos cotidianos para provê-los (SANTOS, *et al.,* 2018). Assim o processo de adoecimento, requer o apoio social, que segundo a literatura é definido como qualquer informação falada ou não, ou auxilio de material oferecido por grupos ou pessoas, com as quais teriam contatos frequentes, resultando em efeitos emocionais ou comportamentos positivos (VALLA, 1999). O suporte social possui relação direta com a qualidade de vida durante o enfrentamento de uma doença, pois, quando sozinho, o indivíduo se preocupa mais com a doença. Com o apoio social efetivo, observa-se o aumento na capacidade de enfrentar situações difíceis, bem como, o aumento da autoestima é evidenciado (PIETRUKOWICZ 2001).

Dentre as fontes de apoio emocional encontram-se os profissionais de saúde. Estudo com pessoas com hanseníase mostrou que metade dos indivíduos apontou o apoio destes na redução do medo da rejeição e do isolamento social. No mesmo estudo é destacada a importância do cuidado ao indivíduo visando não apenas minimizar os sintomas visíveis da doença, mas também o contexto social que o portador está inserido, sendo o suporte um auxílio no enfrentamento da doença (LOURES; MÁRMORA, 2017). Além disso, o suporte social vem sendo apontado como fator associado a sintomas de transtorno mental, uma vez que vem sendo considerado o seu papel protetivo em relação ao transtorno e à própria suspeita do mesmo (GAINO; *et al.,* 2019). Ainda, o suporte social durante a gestação é protetor, estando associado a sintomas depressivos menos intensos no puerpério (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Ainda, a fase do diagnóstico e tratamento de doença tende a ser mais difíceis, e, é nesse momento que as mulheres necessitam de apoio emocional da família, dos amigos, dos vizinhos e o apoio informativo da equipe de saúde, essa última, atua encorajando e contribuindo na assistência à mulher em sua integralidade, oferecendo ajuda de acordo com suas demandas e promovendo recursos de enfrentamento das situações vivenciadas. (VARGAS *et al.,* 2020). Além disso, a equipe de saúde oferece suporte psicológico e assistencial e orienta os familiares quanto à forma de atuar no momento do adoecimento, de modo a representar um suporte para as mulheres com agravo de saúde (FURLAN, *et al.,* 2012).

Nesse contexto, a equipe de saúde é necessária para recuperação, apoio à adesão e motivação para persistir no tratamento de doenças, podendo também coordenar grupos de apoio, reconhecido como uma rede social, permitindo vínculo, interação, troca de vivências e saberes e estimula o envolvimento social. Prover o apoio social é parte do cuidado integral do enfermeiro e reconhecer as necessidades de apoio das mulheres é importante para o planejamento do cuidado e das intervenções da enfermagem. (VARGAS, *et al.,* 2020).

Diante do exposto o objetivo dessa pesquisa foi identificar os tipos de apoio social percebido por mulheres, com problemas de saúde, internadas em um setor de ginecologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo. O cenário da pesquisa foi o setor de ginecologia de um Hospital Universitário, localizado no município de Vitória - Espírito Santo. O município de Vitória está localizado em Região Metropolitana e possui 327.801 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2015), possui 86 estabelecimentos de saúde do SUS (IBGE, 2009) e IDHM de 0,845 (IBGE, 2010). O hospital do estudo conta com o apoio de 15 leitos para internações ginecológicas e realiza atendimento ambulatorial e atendimento 24 horas de urgência ginecológica e obstétrica.

Os dados coletados de agosto de 2017 a junho de 2018 são de mulheres internadas no setor de ginecologia, com idade adulta (20 até 59 anos), que apresentavam parceiro íntimo, ou tinham tido nos últimos 12 meses, independente do quadro clínico. Sendo adotado como critério de exclusão mulheres com alguma incapacidade cognitiva, déficit intelectual ou sensorial que impossibilite entendimento das questões, bem como, gestantes ou puérperas.

As mulheres participaram do estudo após a anuência e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo a entrevista, realizada em local privativo, com a presença exclusiva da entrevistadora e entrevistada. Toda a equipe de entrevistadoras e supervisora foi treinada, previamente, pela pesquisadora, e, avaliadas quanto à abordagem da mulher, habilidade e aplicação correta dos instrumentos. Ainda, foi realizado um teste piloto do instrumento para qualificação do instrumento e equipe. As entrevistas realizadas no teste piloto, não fizeram parte da amostra para o presente estudo.

A amostra estudada foi calculada considerando uma média de 30 internações/mensais, totalizando em torno de 360 internações/ano financiados pelo SUS. Considerando 10,0% de perda e 30,0% para fatores de confusão, a amostra foi de 260 mulheres.

Dois instrumentos fizeram parte da coleta de dados. O primeiro formulário contendo dados de caracterização socioeconômica (idade, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, religião e renda familiar) e comportamental (fumo, consumo de de bebida alcoólica e uso de outras drogas na vida). O segundo formulário para identificação do apoio social, o terceiro instrumento usado foi o Medical Outcomes Study (MOS), validado para uso na população brasileira após tradução e adaptação para o português. Esse instrumento identifica o apoio social em cinco diferentes âmbitos: material (fornecimento de recursos práticos e ajuda material); afetivo (demonstrações físicas de amor e afeto); interação social positiva (contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se); emocional (capacidade da rede social de suprir as necessidades individuais como problemas emocionais que exigem sigilo), e, o âmbito da informação (contar com pessoas que informem, aconselhem e orientem) (GRIEP *et al.*, 2005).

Para as análises dos dados foi utilizado o programa estatístico Stata 13.0. Os

resultados foram apresentados de forma descritiva, por meio de frequências brutas, relativas e os respectivos intervalos de confiança 95%. O projeto de pesquisa foi enviado aprovado pelo comitê de ética CAAE 69399217.7.0000.5071.

RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, a maioria das participantes tinha idade entre 41 e 50 anos (P: 40,4 %), cerca de 55,0% eram pardas, 77,3% casadas ou união estável com seus companheiros, 43,8% possuíam de 9 a 11 anos de estudo, 86,2% possuíam alguma religião e 34,4% possuíam renda familiar de até 1.000 reais. Quanto ao perfil comportamental, segundo as entrevistadas, 19,5% fumavam, 23,1% consumiam bebida alcoólica e uso de drogas foi relatado por 5,0%.

Variável	**N**	**%**	**IC 95%**
Sociodemográficas			
Idade (anos)			
20-30	38	14,6	10,8-19,5
31-40	72	27,7	22,6-33,5
41-50	105	40,4	34,5-46,5
51 ou mais	45	17,3	13,1-22,4
Raça-cor*			
Branca	53	20,4	15,9-25,7
Preta	57	21,9	17,3-27,4
Parda	143	55,0	48,9-61,0
Indígena/amarela	07	2,7	1,3-5,6
Situação conjugal			
Casada/União estável	201	77,3	71,8-82,0
Namorando	18	6,9	4,4-10,7
Sem companheiro	41	15,8	11,8-20,7
Escolaridade (anos)			
Até 8 anos de estudo	110	42,6	36,7-48,8
9-11 anos de estudo	113	43,8	37,8-49,9
12 ou mais anos de estudo	35	13,6	9,9-18,3
Religião			
Não	36	13,8	10,1-18,6
Sim	224	86,2	81,4-89,9
Renda familiar			
Até 1.000 reais	85	34,4	28,7-40,6
1.001 até 2.000 reais	83	33,4	27,9-39,8
> 2.000 reais	79	32,0	26,4-38,1

Comportamentais			
Fumo			
Não	207	80,5	75,2-85,0
Sim	50	19,5	15,0-24,8
Consumo de bebida alcoólica			
Não	200	76,9	71,4-81,7
Sim	60	23,1	18,3-28,6
Uso de drogas na vida			
Não	246	95,0	91,5-97,1
Sim	13	5,0	2,9-8,5

Tabela 1 Características sociodemográficas e comportamentais. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Agosto de 2017 a junho de 2018. Vitória, Espírito Santo (n=260).

Na tabela 2 são apresentadas as dimensões do suporte social. Em relação à dimensão apoio material, nota-se que cerca de 7 a cada 10 mulheres responderam contar sempre com alguém no caso de ficar acamada, se precisar ir ao médico, se necessitar realizar tarefas diárias se estiver doente e no preparo de suas refeições se não puder. Quanto à dimensão afetiva, aproximadamente 80,0% das entrevistadas contam sempre com alguém que demonstre amor e afeto, alguém que dê um abraço e alguém para se sentir querida ou que ame. Na dimensão emocional, constata-se que 76,2% sempre têm alguém para ouvi-la, 73,8% alguém em quem possa confiar, 71,9% com quem compartilhar medos e preocupações e 70,4% para compreender seus problemas.

Em relação à dimensão de informação, a cada 10 respondentes, aproximadamente três possuem alguém em situações de crise, para dar informações em função de compreender certas situações, para pedir conselhos e aceitar sugestões para resolver problemas pessoais. Do mesmo modo, na dimensão interação social positiva, esse mesmo número de mulheres, aproximadamente, respondeu contar sempre com alguém para fazer coisas agradáveis, para distrair a cabeça, relaxar e se divertir junto.

	Nem sempre	Sempre				
Tipos de Apoio	**N**	**%**	**IC95%**	**N**	**%**	**IC95%**
Material						
... ficar de cama?	67	25,8	20,9-31,6	193	74,2	68,4-79,1
... médico?	71	27,3	22,3-33,2	189	72,3	66,8-77,7
...tarefas diárias?	76	29,2	24,1-35,2	184	70,8	64,8-75,9
...refeições?	63	24,2	19,5-30,0	197	75,8	70,0-80,5
Afetivo						
...amor e afeto?	44	16,9	12,9-22,1	216	83,1	77,9-87,1
...abraço?	43	16,5	12,2-21,3	217	83,5	78,7-87,8

...sentir querido?	46	17,7	13,2-22,5	214	82,3	77,5-86,8
Emocional						
...ouvi-lo?	62	23,8	18,8-29,1	198	76,2	70,9-81,2
...confiar?	68	26,2	21,2-32,0	192	73,8	68,0-78,8
...preocupações?	73	28,1	23,0-34,0	187	71,9	66,0-77,0
...problemas?	77	29,6	24,5-35,6	183	70,4	64,4-75,6
Informação						
...situações de crise?	75	28,9	23,4-34,4	185	71,1	65,6-76,6
...determinada situação?	79	30,4	24,8-36,0	181	69,6	64,0-75,2
... quer conselhos?	84	32,3	26,6-38,0	176	67,7	62,0-73,4
...problema pessoal?	84	32,3	26,6-38,0	176	67,7	62,0-73,4
Interação Social Positiva						
...coisas agradáveis?*	75	29,0	23,7-34,8	184	71,0	65,2-76,3
...distrair a cabeça?	77	29,6	24,1-35,2	183	70,4	64,8-75,9
...relaxar?	75	28,9	23,4-34,4	185	71,2	65,6-76,6
...divertir junto?	76	29,2	23,7-34,8	184	70,8	65,2-76,3

*N: 259

Tabela 2. Tipos de apoio social relatado por mulheres internadas no setor de ginecologia. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Agosto de 2017 a junho de 2018. Vitória, Espírito Santo (n=260).

DISCUSSÃO

Esse estudo teve por objetivo identificar os tipos de apoio social percebido por mulheres, com problemas de saúde, internadas em um setor de ginecologia. O debate acerca do suporte social é essencialmente baseado em investigações que apontam sua relação com a manutenção da saúde (VALLA, 1999), podendo ainda ser fator protetivo contra doenças ao se tornar aliado no enfrentamento destas (TAVARES; *et al.,* 2019; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). Importante destacar que a doença pode representar perda de liberdade, pelo processo de estresse vivido rotineiramente ao aceitar o tratamento em sua vida e algumas vezes à impossibilidade de desvincular-se deste. Nesses casos, o impacto dessa condição poderá levar a pessoa a outras limitações na vida social, como atividades de lazer e viagens (CAMPOS, *et al.,* 2015).

Os achados demonstram que a maioria das entrevistadas relatou ter sempre alguém pra contar no âmbito material, que inclui situações em que precisariam ficar de cama e ou ir ao médico. O que corrobora com outro estudo sobre rede social da família para cuidado com criança no processo de adoecimento, que identificou o apoio de familiares, amigos e vizinhos para trocas de turno com a mãe como acompanhantes em hospital, auxílio financeiro, transporte e medicamentos (GOMES; *et al.,* 2019). Estudo sobre o papel do suporte social e depressão em mulheres com câncer de mama identificou que maior percepção de apoio material pressupõe estratégias de luta, pela mulher, como

enfrentamento da doença (TOJAL; COSTA, 2014). O suporte social e a rede de apoio é essencial no processo de recuperação física e emocional da pessoa que está vivendo um agravo à saúde (FURLAN; *et al.*, 2012).

Em um estudo realizado no Sul do país, os participantes relataram ter apoio social de familiares e profissionais de saúde, com diferentes graus de proximidades e distintos apoios fornecidos. O apoio fornecido pelos profissionais ocorreu levando os pacientes a engajarem-se no tratamento, com conhecimento científico e intervenções necessárias para a adaptação ao cotidiano. O mesmo estudo destacou a necessidade de os profissionais de saúde fomentar seu papel como parte integrante da rede de apoio ao paciente e assim mobilizar os demais integrantes da rede, potencializando sua contribuição no cuidado em saúde dessas pessoas (BRIGNOL; *et al.,* 2017).

No suporte social afetivo a maioria das mulheres relatou ter sempre com quem contar para demonstrar amor e afeto, abraços e se sentir querido. Em um estudo realizado no estado de São Paulo, a avó materna foi citada como principal fonte de apoio, sendo um familiar que além de participar do momento de reconhecimento da doença e orientações do cuidado fornece amor que conforta em períodos difíceis. O mesmo estudo revela ainda que o adoecimento da criança por pneumonia tem suas consequências amenizadas por apoio, e foi referida pelos familiares como suporte que sustenta no adoecimento (SOUZA, *et al.,* 2019).

No suporte emocional, a maioria das entrevistadas relatou sempre ter em quem confiar para ouvir suas preocupações e problemas. Estudo realizado no estado de Minas Gerais aponta a família como fonte de suporte emocional e os profissionais de saúde, estes como fonte de apoio, com a presença de equipe multidisciplinar e grupos de apoio. O suporte emocional nesse caso foi ofertado pela família e pelos profissionais da saúde, deflagrando a importância do profissional no cuidado do paciente de forma integral (LOURES; MÁRMORA, 2017). Família é fonte de apoio emocional, material e nos cuidados cotidianos, e impacta na autoestima e no enfrentamento de situações diversas. Frente ao processo de adoecimento é apontada como a principal fonte de suporte emocional e executa tarefas complexas, como compartilhar responsabilidades, tomar decisões e estabelecer contato com os profissionais de saúde (TAVARES; TRAD, 2010).

A maioria das entrevistadas relatou sempre ter alguém com quem contar em situações de crise, e, para pedir conselhos e compartilhar problemas pessoais, o que constitui o suporte social de informação. Em um estudo sobre a rede de apoio a pessoas com deficiência física, o suporte social de informação estabeleceu novas formas de enfrentar os problemas da condição de deficiente físico, auxiliando os indivíduos a adotarem uma postura mais ativa envolvendo também sua rede familiar e levando-os a descobrir juntos novas formas de enfrentamento (BRIGNOL; *et al.*, 2017).

Quanto ao suporte de interações sociais positivas esta foi sinalizada por grande parte das participantes do presente estudo, que afirmaram sempre ter alguém com quem

contar. Importante destacar que o apoio social exerce papel protetivo, além de revelar que uma rede de apoio cuja composição contenha amigos sinaliza certa diversificação de apoio social. Ainda, outro estudo identificou a associação entre ter transtorno mental e não referir amigos como apoiadores, bem como destacar que as mulheres mais satisfeitas com o apoio social referiram menos sintomas de cansaço, tristeza e foram menos propensas a apresentar um quadro sugestivo de transtorno mental (GAINO, 2019). Nesse cenário, os amigos são percebidos como fonte de afeto, preocupação, auxílio financeiro, palavra de conforto e de fé, contribuindo para o alívio e bem-estar espiritual, gerando força e tranquilidade na vivência cotidiana (NASCENTES; *et al.,* 2019). O suporte social dos amigos foi identificado em atitudes como um abraço e conversas quando a vida está difícil (DRAGESET; *et al.,* 2015).

Como limitações do estudo, é importante citar que é um estudo descritivo com a coleta de dados realizada em uma instituição de atendimento de saúde exclusivo ao SUS, de modo que não possa representar a população geral de mulheres, e a escassez de artigos na literatura nacional e internacional sobre a temática das dimensões do suporte social percebido em mulheres durante o processo de adoecimento.

CONCLUSÃO

Conclui-se a partir desse estudo que as dimensões de suporte social de informação e de interações sociais positivas foram menos percebidas pelas entrevistadas, isto posto, devem ser mais observadas, pois o suporte social contribui para o processo de enfrentamento do adoecimento e da recuperação, contribuindo para a melhora do bem-estar, da manutenção da saúde e atuando como fator protetivo.

A família e amigos constitui a principal fonte de suporte social, fornecendo companhia, compreensão e ajuda nos problemas do processo do adoecimento e da recuperação, por meio de conselhos, companhia para momentos de lazer, dividir seus problemas, ajuda financeira, demonstrações de afeto e carinho.

Diante desses resultados o profissional de saúde é uma fonte de apoio importante e pode não só observar como também contribuir quando possível, visando a recuperação e suporte no processo de adoecimento, instruindo a família do adoecido em como ser fonte de suporte nessa situação. Ainda, os profissionais da saúde atuam principalmente no suporte social de informação, onde tiram dúvidas dos pacientes sobre os tratamentos, recuperação e sobre a doença. Os profissionais também devem informar a família e amigos sobre como ser fonte de suporte social para o paciente, contribuindo assim para a melhora do paciente e do processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

BRIGNOL, Paula et al. Rede de apoio a pessoas com deficiência física [Support network for persons with physical disabilities] [Red de apoyo a personas con discapacidad física]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e18758, mar. 2017. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18758/21714. Acesso em: 01 jun. 2020.

CAMPOS, Caroline Gonçalves Pustiglione et al. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 106-112, Junho 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200106&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 de Mar. 2020.

DRAGESET, Sigrunn; LINDSTROM, Torill Christine; GISKE, Tove; UNDERLID, Kjell. Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. 2015. v. 30, n. 2, p. 340-348. https://doi.org/10.1111/scs.12250.

FONSECA, Vera Regina Jardim Ribeiro Marcondes; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, Abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Mar. 2020.

FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; BERNARDI, Jaqueline; VIEIRA, Antonia Marques; SANTOS, Maria Carolina Carvalho DOS; MARCON, Sonia Silva. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 66-73, 24 out. 2012. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18860. Acesso em: 23 Maio 2020.

GAINO, Loraine Vivian et al. O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3157, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100343&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Mar. 2020.

GOMES, Giovana Calcagno et al. Rede de apoio social da família para o cuidado da criança com paralisia cerebral [Social support network of the family for the care of children with cerebral palsy] [Red de apoyo social de la familia para el cuidado del niño con parálisis cerebral]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 27, p. e40274, out. 2019. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/40274. Acesso em: 23 maio 2020.

GRIEP, Rosane Harter. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, Jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Mar. 2019.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades: Vitória. 2009. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama. Acesso em: 31 maio 2020.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades: Vitória. 2015. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama. Acesso em: 31 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e estados: Vitória. 2010. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/vitoria.html. Acesso em: 31 maio 2020.

LOURES, Liliany Fontes; MÁRMORA, Cláudia Helena Cerqueira. Suporte e participação social em indivíduos com hanseníase. **O mundo da Saúde**, São Paulo. v. 41, n. 2, p. 244-252, Dez. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/suporte_participacao_social.pdf. Acesso em: 27 Abr. 2019.

MOREIRA, Virginia; NOGUEIRA, Fernanda Nícia Nunes; ROCHA, Márcio Arthoni Souto. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 191-203, Jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Abr. 2019.

NASCENTES, Camila Cantarino et al. Rede social de atendimento à pessoa estomizada por câncer colorretal. **Journal of Nursing UFPE on line** , [Sl], v. 13, junho de 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239569/32479. Data de acesso: 26 de maio de 2020.

OLIVEIRA, Pricilla Emmanuelly; GUIMARAES, Sílvia Maria Ferreira. Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2211-2220, Jul. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702211&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Abr. 2019.

PIETRUKOWICZ, Maria Cristina Leal Cypriano. (2001). **Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde.** Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.

SANTOS, Robson Nogueira Costa et al. Lugares do homem no cuidado familiar no adoecimento crônico. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 52, e03398, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100485&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Mar. 2020.

SOUZA, Renata Olzon Dionysio de et al. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 40, e20180118, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100405&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 de Mar. 2020. Epub Fev. 18, 2019.

TAVARES, Marcelo Caetano de Azevedo et al. Apoio social aos idosos com HIV/aids: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e180168, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200302&lng=en&nrm=iso.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; TRAD, Leny Alves Bomfim. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1349-1358, June 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700044&lng=en&nrm=iso. access on 25 May 2020.

TOJAL, Catarina; COSTA, Raquel. Ajustamento mental ao cancro da mama: papel da depressão e suporte social. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 15, n. 3, p. 777-789, dez. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 maio 2020.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S7-S14, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Abr. 2019.

VARGAS, Gabriela de Souza et. al., Rede de apoio social à mulher com câncer de mama. **R. Pesquisa Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 68-73, Jan. 2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048363. Acesso em: 15 de maio de 2020.

XAVIER, Hélida Vieira; ZANOTTI, Susane Vasconcelos; RIBEIRO, Maria Auxiliadora Teixeira. Concepções atribuídas por mulheres ao processo de adoecimento por Lúpus. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 223-233, Jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 Abr. 2019.

CAPÍTULO 18

TRABALHO DA ENFERMAGEM NA PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS

Data de aceite: 01/12/2021
Data de submissão: 20/09/2021

Júlio Cezar Martins de Mello
Faculdade Bezerra de Araújo
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0002-1902-8770

Michele Kikuko Issobe
Faculdade Bezerra de Araújo
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0002-2247-8721

Paulo Murilo de Paiva
Faculdade Bezerra de Araújo
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0003-0239-1642

RESUMO: Os profissionais da enfermagem são os primeiros profissionais de saúde a chegarem no local de um acidente, desempenhando um papel fundamental no processo de assistência ao socorro à vítima. Com isso, a presente pesquisa buscou conhecer o papel do enfermeiro e de membros de sua equipe no caso o técnico de enfermagem na preservação de vestígios forenses nos serviços de urgência e emergência, intra e extra hospitalar bem como, investigar a existência de protocolos e capacitação para norteamento profissional, identificar os tipos de vestígios mais frequentes nos cenários da violência e elencar as práticas do enfermeiro forense no contexto da preservação para as evidências. Sabe-se que muitos profissionais de enfermagem têm dificuldades durante os procedimentos para a conservação dos vestígios e esse é um principais aspectos que contribuem para a inexistência de protocolos de orientação nas instituições de saúde ajustados à realidade local e que contenham dados consensuais entre as diversas áreas forenses. Portanto faz-se necessário a inserção de conteúdos envolvendo a problemática nas disciplinas, assim como a realização de projetos extensionistas e/ou de pesquisas em consonância com os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Forense; Vestígios Forenses; Serviços de Urgência.

NURSING WORK IN THE PRESERVATION OF TRACES

ABSTRACT: Nursing professionals are the first health professionals to arrive at the scene of an accident, playing a fundamental role in the process of assistance to help the victim. Thus, this research sought to know the role of nurses and their team members in the case of the nursing technician in the preservation of forensic traces in urgent and emergency services, intra and extra hospital, as well as to investigate the existence of protocols and training for professional guidance, identify the most frequent types of traces in the scenarios of violence and list the practices of forensic nurses in the context of preservation for evidence. It is known that many nursing professionals have difficulties during the procedures for the conservation of traces and this is one of the main aspects that contribute to the lack of guidance protocols in health institutions adjusted to the local reality and containing consensual data between the different areas.

forensics. Therefore, it is necessary to insert content involving the problem in the disciplines, as well as carrying out extension projects and/or research in line with health services.
KEYWORDS: Forensic Nursing; Forensic traces; Emergency Services.

TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LA CONSERVACIÓN DE HUELLAS

RESUMEN: Los profesionales de enfermería son los primeros profesionales de la salud en llegar al lugar de un accidente, jugando un papel fundamental en el proceso de asistencia a la víctima. Así, esta investigación buscó conocer el rol del enfermero y de los integrantes de su equipo en el caso del técnico de enfermería en la preservación de rastros forenses en los servicios de urgencias y emergencias, intra y extrahospitalarias, así como investigar la existencia de protocolos y capacitación. para la orientación profesional, identificar los tipos de rastros más frecuentes en los escenarios de violencia y enumerar las prácticas de las enfermeras forenses en el contexto de la preservación para la evidencia. Se sabe que muchos profesionales de enfermería tienen dificultades durante los procedimientos para la conservación de huellas y este es uno de los principales aspectos que contribuyen a la falta de protocolos de orientación en las instituciones de salud ajustados a la realidad local y que contengan datos consensuados entre las diferentes áreas. forense. Por tanto, es necesario insertar contenidos que involucren el problema en las disciplinas, así como realizar proyectos de extensión y / o investigación en línea con los servicios de salud.
PALABRAS CLAVE: Enfermería Forense; Rastros forenses; Servicios de emergencia.

Os profissionais da enfermagem são os primeiros profissionais de saúde a chegarem no local de um acidente, desempenhando um papel fundamental no processo de assistência ao socorro à vítima. No que diz respeito ao cenário hospitalar, também são os principais profissionais a atuarem, pois recebem o paciente, analisando-o e preparando o ambiente para ação junto ao enfermeiro que analisa, observa e intervém, seja para qualificar a vítima em posição adequada ou para dar início a assistência de enfermagem, identificando parâmetros para acesso venoso realizado pelo técnico em enfermagem sobre sua supervisão, para hidratação e futuras medicações venosas.

Para o profissional de enfermagem generalista seu olhar é justamente para a manutenção da vida e garantia da sobrevivência da vítima, e muita das vezes é o técnico de enfermagem o profissional que realiza este primeiro procedimento, esse profissional muitas das vezes não tem a visão forense, que além da manutenção da vida e resguardo da sobrevivência da vítima, também necessitam preservar a segurança das provas cabais que possam ajudar a elucidar o possível crime.

Em muitas circunstâncias onde os profissionais de saúde aqui destaco o enfermeiro e técnicos em enfermagem que chegam antes da polícia técnica-científica ou judiciária, os procedimentos de registro do local, dos vestígios e de todas as atividades ocorridas durante o atendimento, devem ser realizados por eles. Logo, a presente pesquisa buscou conhecer o papel do enfermeiro e de membros de sua equipe no caso o técnico de enfermagem na

preservação de vestígios forenses nos serviços de urgência e emergência, intra e extra hospitalar bem como, investigar a existência de protocolos e capacitação para norteamento profissional, identificar os tipos de vestígios mais frequentes nos cenários da violência e elencar as práticas do enfermeiro forense no contexto da preservação para as evidências, o que queremos mostrar é a importância da capacitação do técnico de enfermagem e a especialização do enfermeiro para o olhar forense.

Do local da vítima acidentada no ambiente intra-hospitalar ou na recepção do acidentado na emergência hospitalar. O local do acidente constitui-se a todo espaço físico ou virtual no qual tenha ocorrido o fato, que possa assumir a configuração de um esclarecimento pericial, distendendo-se ainda a qualquer lugar que haja vestígios relacionados à ação do acidente. Sendo considerado como um cenário de acidente qualquer local onde o incidente iniciou-se, ou teve seus desfecho, ou ainda, onde a maior parte de evidências físicas conserva-se, e podendo tomar qualquer forma.

Todo e qualquer acidente é rico em detalhes e deixa vestígios do seu acontecimento e são estes vestígios que auxiliam nas investigações periciais e, assim, ajudam a esclarecer o fato, sendo que quanto mais “puros” os vestígios se encontrarem, melhores informações poderão prestar aos investigadores.

Entende-se como vestígios: sinais, manchas ou objetos que são deixados por um indivíduo, que possibilita aos serviços laboratoriais forenses e peritos na matéria, por meio de subsídios técnicos e métodos científicos. Os vestígios podem ser classificados de diversas formas, de acordo com a sua natureza, apresentação e valor, podendo ser físicos quando são materialmente diferenciáveis, ou psíquicos ou imateriais, quando se revelam por condutas, comportamentos, distúrbios mentais ou de personalidade.

Na vítima da emergência hospitalar, ao recebermos o paciente, devemos de imediato observar todo o cenário, evidenciando a preservação da integridade física, como examinar pele tecidos e ossos, e garantindo toda integridade do cenário da vítima quanto a seus pertences que usa ou que tenha sido entregue juntamente com ele, após é claro, de todo procedimento de assistência a vítima devemos também valorizar os pertences pessoais e os acompanhados, para que depois possamos repassar ao pessoal de perícia, ou autoridade policial de plantão.

Os serviços de saúde de urgência e emergência, tanto no âmbito pré-hospitalar quanto intra-hospitalar, são locais que frequentemente acolhem pessoas acometidas por diversas situações de violência. Embora a prioridade no atendimento seja o acolhimento e assistência, a avaliação das lesões e a manutenção da vida dos pacientes. São nesses ambientes que estão as primeiras oportunidades para a coleta de vestígios forenses. Nesse cenário, os profissionais de enfermagem são atores privilegiados para sua identificação e conservação, entretanto poucos estudos abordam a sua participação como colaboradores para a descoberta de evidências. A inexistência profissionais especializados, qualificados e protocolos com o olhar forense, traz grande prejuízo na elucidação de fatos importantes

para futuras conclusões pericias.

A equipe de enfermagem no brasil e constituída em um pilar de três categorias lei 7498/96, cabendo ao enfermeiro privativamente todas as atribuições da enfermagem, ao técnico e auxiliares, assistir e auxiliar o enfermeiro nas suas práticas e até realizar procedimentos sobre a supervisão do enfermeiro, assim não podemos falar em um trabalhar isoladamente do outro e sim em conjunto e sintonia profissional um especializado e detector de conhecimento cientifico e outros de capacidade técnica. A lei do exercício profissional traz a luz uma mutua e sincronizada do saber pelo conhecimento.

É de suma importância para o avanço dos profissionais de enfermagem forense no Brasil que os trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem estejam dotados, especializados e capacitados com conhecimentos forenses para nortear suas práticas profissionais durante o atendimento as vítimas.

Sabe-se que muitos profissionais de enfermagem têm dificuldades durante os procedimentos para a conservação dos vestígios e esse é um principais aspectos que contribuem para a inexistência de protocolos de orientação nas instituições de saúde ajustados à realidade local e que contenham dados consensuais entre as diversas áreas forenses.

Vale ressaltar que as limitações na qualificação profissional para atuar junto às vítimas também acontecem em decorrência de uma abordagem incipiente sobre esse tema nos cursos técnicos e de graduação, tanto no aspecto teórico científico como prático, somado a falta de educação permanente. Portanto faz-se necessário a inserção de conteúdos envolvendo a problemática nas disciplinas, assim como a realização de projetos extensionistas e/ou de pesquisas em consonância com os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

DA SILVA, C.J.D.C. **Os enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência**. 2010. 154f. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010.

GOMES, C.I.A. **Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência**. 2016. 321f. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2016

Lei federal 7498/96 – Regulamenta o exercício profissional no Brasil.

CAPÍTULO 19

USO DE PRESERVATIVO E A VULNERABILIDADE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – PERSPECTIVA DE GÊNERO

Data de aceite: 01/12/2021

Thelma Spindola
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
http://lattes.cnpq.br/0333801214698022

Catarina Valentim Vieira da Motta
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
http://lattes.cnpq.br/7815920825040698

Barbara Galvão dos Santos Soares
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
http://lattes.cnpq.br/6982197053590125

Paula Costa de Moraes
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
http://lattes.cnpq.br/6204392686528890

Vinicius Fernandes Rodrigues da Fonte
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
http://lattes.cnpq.br/1321194022058969

Hugo de Andrade Peixoto
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ
http://lattes.cnpq.br/7283030936213717

RESUMO: Introdução: A juventude é uma fase marcada por grandes transformações físicas, socioculturais e comportamentais, momento que os indivíduos ficam mais vulneráveis às situações de risco como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). **Objetivo**: identificar o uso de preservativos por estudantes universitários e a vulnerabilidade às IST. **Método**: estudo quanti-qualitativo realizado em universidade pública, no Rio de Janeiro, com 200 universitários de ambos os sexos que responderam a um questionário e participaram de grupos focais. Dados analisados com emprego da estatística descritiva e técnica de análise de conteúdo. **Resultados**: os estudantes concentram-se na faixa etária 18-23 anos (74,5%); são heterossexuais (85,5%); primeira relação sexual com idades entre 12-17 anos (61%) e não utilizam preservativos nas relações sexuais (58,5%). Na análise dos dados discursivos emergiu a categoria: a vulnerabilidade às IST na perspectiva de jovens universitários. Os jovens investigados ficam vulneráveis aos agravos para a saúde sexual à medida que iniciam precocemente as atividades sexuais, não usam preservativo de modo continuado, independentemente do tipo de parceria, fazem uso de bebidas alcoólicas e/ou drogas antes da relação sexual, o que interfere diretamente na decisão do uso de preservativos pelos jovens. **Conclusão**: os universitários embora reconheçam a importância do uso de preservativos para a prevenção de IST, assumem comportamentos de risco em suas práticas sexuais e ficam vulneráveis às IST.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções sexualmente transmissíveis; Prevenção primária; Sexualidade;

Educação Superior.

CONDOM USE AND THE VULNERABILITY OF UNIVERSITY STUDENTS TO SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS – GENDER PERSPECTIVE

ABSTRACT: Introduction: Youth is a phase marked by major physical, sociocultural and behavioral transformations, a time when individuals are more vulnerable to risk situations such as Sexually Transmitted Infections (STI). **Objective:** to identify condom use by university students and vulnerability to STI. **Method:** a quantitative-qualitative study conducted in a public university in Rio de Janeiro, with 200 university students of both sexes who answered a questionnaire and participated in focus groups. Data analyzed using descriptive statistics and content analysis technique. **Results:** students focus on the age group 18-23 years (74.5%); are heterosexual (85.5%); first sexual intercourse aged 12-17 years (61%) and do not use condoms in sexual relations (58.5%). In the analysis of discursive data emerged the category: vulnerability to STI from the perspective of young university students. The young people investigated are vulnerable to sexual health problems as they start sexual activities early, do not use condoms continuously, regardless of the type of partnership, use alcoholic beverages and/or drugs before sexual intercourse, which directly interferes in the decision of condom use by young people. **Conclusion:** although university students recognize the importance of condom use for the prevention of STI, assume risky behaviors in their sexual practices and are vulnerable to STI.
KEYWORDS: Sexually transmitted infections; Primary prevention; Sexuality; Higher Education.

1 | INTRODUÇÃO

A juventude é uma fase marcada por grandes transformações físicas, socioculturais e comportamentais. Nesta fase, surge também a busca por novas experiências. Os jovens se caracterizam pela curiosidade e, muitas vezes, desconhecem as diversas mudanças que estão acontecendo em seu organismo. Por conseguinte, se tornam mais vulneráveis às situações de risco, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (NUNES et al., 2017; OPAS, 2017; WHO, 2016).

A Organização Mundial de Saúde estima anualmente 376 milhões de casos novos de infecções de transmissão sexual. Estudos sobre a temática demonstram que a população jovem apresenta os maiores índices de IST, evidenciando que a exposição a essas infecções são um problema de saúde pública e da atenção primária (NUNES et al., 2017; PIAZZETTA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2011; SZWARCWALD et al., 2011; TRAVASSOS et al., 2012).

Sabe-se que a vulnerabilidade dos jovens aos agravos de saúde está relacionada aos comportamentos individuais, podendo ser associada, ainda, a outros fatores como o ambiente no qual o indivíduo está inserido, aos determinantes sociais de saúde, ao nível de escolaridade, à cor/etnia, às condições socioeconômicas, à estrutura familiar e aos

grupos sociais e gênero. Esses aspectos se configuram como riscos à saúde dos jovens por influenciarem o início precoce da vida sexual e a adoção de comportamentos de risco que podem resultar em desfechos indesejáveis, como as IST e a gravidez não planejada (OPAS, 2017; NUNES et al., 2017; RODRIGUES et al., 2011).

A falta de informação sobre a prevenção de agravos para a saúde aliados a ausência de conhecimento sobre o uso de preservativos, o início precoce das atividades sexuais, a falta de informações sobre os métodos contraceptivos e o desconhecimento sobre os modos de transmissão das IST justificam os elevados índices de exposição da população jovem, sinalizado anteriormente (OPAS, 2017; NUNES et al., 2017; TRAVASSOS et al., 2012; SZWARCWALD et al., 2011).

Considerando o aumento significativo dos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis, a nível mundial, é relevante investigar as condutas sexuais de estudantes universitários e a assunção (ou não) de comportamentos de risco para IST em seus relacionamentos (OPAS, 2017; WHO, 2016). Conhecer as práticas sexuais e os comportamentos que podem favorecer a ocorrência de desfechos desfavoráveis para os jovens universitários, como a multiplicidade de parceiros; o não uso de preservativos; o sexo sob o efeito de álcool e drogas; entre outros, permite identificar os fatores que contribuem para a vulnerabilidade às IST desse grupo. A pesquisa teve o **objetivo** de identificar as condutas sexuais de jovens universitários de uma instituição de ensino superior pública e analisar os aspectos motivacionais que favorecem ou não o uso do preservativo por estudantes universitários com enfoque na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, quanti-qualitativo, realizado em uma instituição pública de ensino superior, situada no município do Rio de Janeiro, em 2018/2019. Participaram do estudo estudantes universitários, de ambos os sexos, com idades de 18 a 29 anos, e regularmente matriculados na universidade.

Utilizou-se uma amostra por conveniência e estratificada por sexo, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%. No primeiro momento, foram coletados os dados quantitativos, tendo participado 768 universitários distribuídos de modo equivalente entre os sexos. Aplicou-se um questionário estruturado com 60 questões contendo variáveis relacionadas à caracterização sociodemográfica, às condutas sexuais, os conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis e as práticas de prevenção. Os dados foram organizados, tabulados e armazenados no software Excel.

Os dados discursivos foram coletados pela aplicação da técnica de grupo focal a 27 universitários (15 mulheres e 12 homens) que haviam respondido ao questionário e concordaram em participar do segundo momento da pesquisa. Foram realizados três

grupos focais com a presença de estudantes de ambos os sexos (cinco mulheres e quatro homens). Nos encontros, foram discutidos temas relativos à sexualidade; condutas sexuais e gênero; infecções sexualmente transmissíveis e prevenção; vulnerabilidade às IST e cuidados com a saúde sexual. Foi garantido o sigilo e anonimato dos participantes, que utilizaram um nome fictício durante os encontros. Os nomes foram, posteriormente, substituídos por estudante (E) 1,2,3… 27 e identificados conforme o sexo por M (mulher) e H (homem). Os relatos foram gravados com aquiescência dos participantes, e em seguida foram transcritos e armazenados em um banco de dados.

Para este recorte foi selecionado do banco de dados quantitativos uma amostra de 200 jovens sexualmente ativos, sendo 100 homens e 100 mulheres. Os dados discursivos dos grupos focais relacionados às condutas sexuais, gênero e prevenção de IST foram analisados na íntegra. Os dados quantitativos foram analisados com o emprego da estatística descritiva e os discursivos com a técnica de análise de conteúdo. Considerando que tudo que é dito é susceptível de ser submetido à análise de conteúdo, é pautada em procedimentos que asseguram confiança na aplicação da técnica ao pesquisador, seguindo as etapas de um processo sistematizado, conforme é descrito a seguir (BARDIN, 2016).

O corpus de análise foi identificado de acordo com a ordem cronológica de realização. Na pré-análise realizou-se uma leitura flutuante do material discursivo para que pudéssemos nos familiarizar com o conteúdo verbalizado pelos estudantes universitários. As transcrições foram realizadas pela exploração do material, ou seja, através da leitura minuciosa de seu conteúdo. A intenção do pesquisador foi destacar os conteúdos significativos expressos nos discursos dos participantes, como trechos ou palavras e identificá-los, como as unidades de registro (UR). Após esta etapa de codificação, norteada pelos objetivos da pesquisa, 1612 unidades de registro (UR) foram identificadas e agrupadas, de acordo com o surgimento no texto analisado, dando origem posteriormente às unidades de significação (US). A criação da categoria foi realizada após a contagem das unidades de registro presentes em cada unidade de significação que, por sua vez, foi agrupada no tema mais amplo. Na análise dos achados emergiram três categorias, a saber: a compreensão dos estudantes acerca da sexualidade e os fatores influenciadores (44,04%); a vulnerabilidade às IST na perspectiva dos jovens universitários (29,77%) e o conhecimento sobre as IST e a importância do autocuidado (26,18%). Considerando os objetivos deste estudo apresentamos a segunda categoria: a vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis na perspectiva de jovens universitários, com 480 UR e 29,77% do corpus total e as subcategorias: as práticas sexuais e a assunção do comportamento de risco; uso (ou não) de preservativos por jovens universitários (BARDIN, 2016).

Ademais, acrescenta-se que esta investigação está integrada a pesquisa “Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de infecções sexualmente transmissíveis”, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Todos os procedimentos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos

foram respeitados, ou seja, a pesquisa matriz foi apreciada e aprovada por um Comitê de Ética e Pesquisa, registrada com CAAE: 36520914.0.0000.5282, no CEP/UERJ, tendo sido aprovada em 12/11/2014. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 I RESULTADOS

Dados quantitativos

Os dados coletados através do questionário permitiram identificar a caracterização social dos universitários, como a idade, cor da pele, orientação sexual, religião e o tipo de relacionamento afetivo, apresentados na Tabela 1.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
Faixa Etária	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
18-23 anos	**80**	**80**	69	69	**149**	**74,5**
24-29 anos	20	20	**31**	**31**	51	25,5
Cor da pele						
Branca	42	42	43	43	**85**	**42,5**
Parda	35	35	37	37	72	36
Preta	20	20	18	18	38	19
Amarela	3	3	2	2	05	2,5
Segue alguma religião						
Sim	**70**	**70**	58	58	**128**	**64**
Não	30	30	42	42	72	36
Religião que pratica						
Católica	**34**	**48,57**	28	48,27	**62**	**31**
Evangélica	**30**	**42,86**	23	39,66	53	26,5
Outra	06	8,57	07	12,07	13	6,5

Nota: Banco de dados da pesquisa Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de IST.

Tabela 1- Distribuição dos universitários de uma instituição pública de ambos os sexos segundo variáveis sociais e orientação sexual. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2018. (n=200) (continua).

Fonte: Os autores, 2021.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
Faixa Etária	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Estado conjugal/Marital						
Solteiro/sem companheiro	45	45	48	48	**93**	**46,5**
Tem companheiro fixo, mas não vive com ele	35	35	37	37	72	36
Casado/ vive com companheiro	10	10	15	15	25	12,5
Orientação Sexual						
Heterossexual	85	85	86	86	**171**	**85,5**
Homossexual	2	2	9	9	11	5,5
Bissexual/ Outra	13	13	5	5	18	9

Nota: Banco de dados da pesquisa Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de IST.

Tabela 1- Distribuição dos universitários de uma instituição pública de ambos os sexos segundo variáveis sociais e orientação sexual. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2018. (n=200) (conclusão).

Fonte: Os autores, 2021.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Idade da primeira Relação Sexual (RS)						
12-17	54	54	**68**	**68**	**122**	**61**
18-29	**46**	**46**	32	32	78	39
Uso do preservativo na primeira RS						
Sim	71	71	74	74	**145**	**72,5**
Não	29	29	26	26	55	27,5
Teve RS nos últimos 12 meses						
Sim	94	94	87	87	**181**	**90,5**
Não	6	6	13	13	19	9,5

Nota: Banco de dados da pesquisa Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de IST.

Tabela 2 - Distribuição dos universitários de uma instituição pública de ensino segundo as práticas sexuais, o uso de preservativos e consumo de álcool/drogas antes das relações sexuais. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2018. (n=200) (continua).

Fonte: Os autores, 2021.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Uso do preservativo em toda RS						
Sim	35	35	**48**	**48**	83	41,5
Não	**65**	**65**	52	52	**117**	**58,5**
Teve mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses						
Sim	20	20	35	35	55	27,5
Não	80	80	65	65	145	72,5
Uso de álcool/drogas antes da última RS						
Sim	**74**	**74**	30	30	**104**	**52**
Não	26	26	70	70	96	48

Nota: Banco de dados da pesquisa Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de IST.

Tabela 2 - Distribuição dos universitários de uma instituição pública de ensino segundo as práticas sexuais, o uso de preservativos e consumo de álcool/drogas antes das relações sexuais. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2018. (n=200) (conclusão).

Fonte: Os autores, 2021.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Relação Sexual com parceiro fixo						
Sim	**85**	**85**	79	79	**164**	**82**
Não	15	15	21	21	36	18
Uso do preservativo parceiro fixo						
Sim	39	46	48	60,75	**87**	**53**
Não	46	54	31	39,24	77	**47**
Relação Sexual com parceiro casual						
Sim	36	36	**58**	**58**	94	47
Não	64	64	42	42	106	53
Uso do preservativo parceiro casual						
Sim	21	58,30	47	**81**	**68**	72,3
Não	15	41,66	11	19	**26**	**27,6**
Negocia o uso do preservativo						
Sim	27	27	30	30	**57**	**28,5**
Não	47	47	44	44	91	45,5
Não informou	26	26	26	26	52	26

Nota: Banco de dados da pesquisa Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de IST.

Tabela 3 - Distribuição dos estudantes de uma universidade pública conforme o uso e a negociação de preservativos com parceiros fixos e casuais. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2018. (n=200).

Fonte: Os autores, 2021.

Nos achados se verificou, também, que a maioria dos estudantes informou conhecer algum método para a prevenção de IST 93% (M) e 91% (H), tendo maior representatividade o preservativo (93%); afirmaram que nunca tiveram IST 89% (M); 92% (H), e que não costumam usar o preservativo feminino (95%) nas relações sexuais.

Dados qualitativos

Os dados discursivos dos estudantes foram tratados com emprego da técnica de análise de conteúdo, e no processo de análise emergiram três categorias. Neste recorte estamos apresentando àquela cujos resultados são atinentes aos objetivos deste estudo, a saber: a vulnerabilidade às IST na perspectiva de jovens universitários, reorganizada em duas subcategorias, conforme demonstra a tabela 4.

Categoria	Subcategorias	N° UR	%
A vulnerabilidade às IST na perspectiva de jovens universitários	As práticas sexuais e a assunção do comportamento de risco	166	34,58
	Uso (ou não) de preservativos por jovens universitários	314	65,41
Total		480	100

Nota: Banco de dados da pesquisa Sexualidade e vulnerabilidade dos jovens em tempos de IST.

Tabela 4 - Categoria e subcategorias que emergiram no processo de análise de conteúdo das entrevistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Fonte: Os autores, 2021.

As práticas sexuais e a assunção do comportamento de risco

Essa subcategoria com 166 UR descreve as condutas sexuais dos estudantes universitários em seus relacionamentos afetivos e os aspectos influenciadores dessa prática.

> Na questão da promiscuidade, o homem é mais promiscuo. Ele é mais aberto às experiências sexuais como transar em grupo, com outras mulheres, fazer sexo com outro homem junto com a namorada, mesmo que não haja envolvimento entre ele e o outro homem, mais aberto a essas experiências sexuais. A mulher não, até porque eu acho que devido a nossa cultura, desde cedo ela é ensinada que o sexo é por amor, tem que ter um sentimento. Então acho que a mulher, ela se trava um pouco nesse sentido, entendeu? por mais que tenha vontade. (EM3).
>
> Masturbação feminina, ninguém fala sobre a masturbação feminina, muitas mulheres não sabem a própria anatomia do corpo, que vai sentir prazer no clitóris. (EH5).
>
> Essa imposição do gênero masculino sobre o feminino, também gera uma espécie de fetiche para alguns homens ou de uma posição sexual na hora da conduta, do homem estar acima da mulher. Nessa hora que vem a pressão da mulher ter que fingir o orgasmo ou então de ter que saciar os desejos

dele e nunca ser uma conversa sobre ela, nunca sobre os prazeres dela, os estímulos que ela precisa pra ter o orgasmo, pra sentir o prazer. (EH7).

Não é porque a pessoa faz sexo casual que ela vai ter alguma IST, é mais essa questão de "ah, no momento estava tão bom, não deu tempo" ou "ah, estourou, toma a pílula do dia seguinte". As pessoas se preocupam mais com gravidez do que com uma IST. O HIV é só tomar um remédio, então está tranquilo, é uma doença como diabetes e hipertensão, que eu tenho que lembrar de tomar meu remédio. (EM4).

Uso (ou não) de preservativos por jovens universitários

Nessa subcategoria, os participantes sinalizam em que situações costumam usar (ou não) o preservativo, e as motivações para fazê-lo.

Nas rapidinhas da vida "ah, mas você também não trouxe", então vai assim mesmo. (EM2).

Tem esses preconceitos, muito da parte do homem, por exemplo, mas às vezes também da mulher de "ah, não quero usar porque é melhor sem". Entendeu? (EM9).

Nem sempre as pessoas têm instruções para usar o preservativo, então acaba que, não só em sexo casual, as pessoas que namoram geralmente não usam preservativos, pessoas casadas não usam preservativo. (EM11).

"Ah, mas a camisinha do posto não é boa e não vou gastar meu dinheiro com camisinha, então não vou usar", tem muito desses pensamentos. (EM15).

"ah, se a iniciativa partir de mim, eu trouxe, eu tenho, ele vai pensar que eu saio pra transar, vai pensar que eu sou promiscua", então tem muito isso também. (EM20).

É possível perceber nas falas dos universitários que a cultura é um fator influenciador nas condutas sexuais dos jovens, e que a falta de conhecimento pode favorecer a adoção de comportamentos de risco.

Tem muito preconceito com a camisinha feminina, digo até por mim, nunca usei, nunca tive vontade, as pessoas só conhecem a camisinha masculina. (EM13).

Muitas pessoas que por não engravidar, não tem essa preocupação, "ah, eu não corro o risco de engravidar, então, não vou usar camisinha". Isso eu escuto tanto de uma pessoa desorientada ou até mesmo orientada sobre infecções sexualmente transmissíveis. (EH14).

Eu acho que propicia muito a vulnerabilidade a IST o fato que hoje em dia, o sexo casual é feito com frequência após uma balada. E, normalmente, depois do consumo de álcool e drogas, lícitas e ilícitas, na hora daquela emoção não se pensa, e aí quando vê já foi, "caramba o que eu fiz?". (EH27).

No sexo oral ninguém utiliza o preservativo, as pessoas esquecem e ninguém usa. Nunca vi ninguém falar sobre usar preservativo em sexo oral. Nunca. (EH23).

4 | DISCUSSÃO

As infecções de transmissão sexual são um problema recorrente em nossa sociedade, e se trata de um agravo de saúde que atinge a população a nível mundial. A vulnerabilidade dos indivíduos está relacionada a um plano interdependente de determinação de caráter individual, social e programático, que integram valores, crenças, desejos, conhecimentos e comportamentos (âmbito individual); contextos de vida e valores morais (âmbito social); educação, cultura e saúde (âmbito programático), que interferem na exposição e/ou prevenção de doenças, como as IST, sendo objeto de ações em campanhas de prevenção e controle pelos diferentes órgãos governamentais (AYRES, 2009; FRANCISCO et al., 2016).

A caracterização sociodemográfica dos estudantes evidencia que o grupo é constituído majoritariamente por jovens na faixa etária de 18-23 anos (74,5%), seguem alguma religião (64%), são solteiros/sem companheiro (46,5%) e com orientação sexual heterossexual (85,5%). Essas características são semelhantes a outros estudos com jovens universitários (BERTOLI; SHEIDMANTEL; DE-CARVALHO, 2016; SALES et al., 2016). No tocante às condutas sexuais, nota-se que 61% informaram o início das atividades sexuais na faixa etária de 12-17 anos, o que está em consonância com outros estudos que apontam o início da vida sexual cada vez mais cedo, muitas vezes ainda na adolescência. Acrescenta-se que o início prematuro das práticas sexuais favorece a adoção de comportamentos sexuais de risco que tornam os jovens mais vulneráveis às IST (ALMEIDA et al., 2017; CASTRO et al., 2016; SILVA; SILVA, 2011).

No grupo investigado mais da metade (58,5%) informou não usar preservativos em toda relação sexual; os jovens do sexo masculino informaram usar preservativos com maior frequência com parceiros fixos (60,75%) e ao comparar o uso desse recurso conforme o tipo de parceria sexual nota-se que ambos os sexos usam com maior frequência com parceiros eventuais (72,3%). Pesquisa realizada com jovens do sexo feminino, na cidade de Michigan nos Estados Unidos, observou que o tipo de relacionamento afetivo das jovens é um dos fatores diretamente relacionados ao não uso do preservativo. Em um relacionamento considerado consolidado, onde ambos concordam em ter relações sexuais somente um com o outro, os indivíduos entendem que não correm risco de adquirir IST, já que a relação sexual só ocorre entre os dois, que se conhecem e confiam (WEITZMAN; BARBER; KUSUNOKI, 2019). Estar em um relacionamento fixo, entretanto, torna o jovem mais vulnerável, independente do gênero. Os jovens com parceria fixa costumam se prevenir menos, não somente pelo não uso regular do preservativo, como por buscarem menos informações acerca das IST e se considerarem protegidos (FONTES et al., 2017).

No tocante à negociação do uso do preservativo pelos estudantes verificou-se que apenas 28,5% afirmou essa prática. A negociação do uso do preservativo em relacionamentos estáveis ainda é um tabu, e para alguns jovens o uso do mesmo é

considerado um símbolo de desconfiança e infidelidade. Há a crença de que uma relação estável simboliza segurança e atribui o não uso do preservativo a ter confiança no parceiro (GUTIERREZ et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2018). Por outro lado, é oportuno considerar, ainda, que as condutas sexuais dos jovens são fortemente influenciadas por aspectos culturais e de gênero que impactam em suas atitudes.

Estudo que investigou os fatores associados ao uso de preservativo na última relação sexual, revelou que as variáveis associadas positivamente com o uso de preservativo na última relação sexual são: nunca ter sido casada; ter usado preservativo na primeira relação sexual; e ter tido parceria sexual casual no último ano. Por outro lado, idade, parceria fixa no último ano e já ter feito o teste antiHIV foram associados negativamente com o uso de preservativo na última relação sexual, achados semelhantes aos expostos nos resultados desta pesquisa (GUTIERREZ et al., 2019).

Nos achados verifica-se que os jovens conhecem algum método para prevenção de IST, tendo maior representatividade o preservativo (93%), mas que não costumam usar o preservativo feminino nas relações sexuais (95%); poucos estudantes afirmaram ter tido alguma IST (11% mulheres e 8% homens). Esses dados estão consoantes a outros estudos com jovens universitários demonstrando que o grupo detém informações sobre as IST, embora não sejam suficientes para evitar a exposição às infecções. A não adesão do grupo ao uso do preservativo feminino é confirmada em estudo que aponta o alto custo, a pouca divulgação, além da falta de familiaridade no manuseio como entraves para o emprego desse recurso pelas mulheres, ressaltando a importância do papel dos enfermeiros para estimular essa prática (BERTOLI; SHEIDMANTEL; DE-CARVALHO, 2016; COSTA et al., 2014; SALES et al., 2016).

O consumo de álcool e drogas antes da sua última relação sexual foi apontado pela maioria dos participantes deste estudo. É comum que os jovens façam uma idealização quanto ao desempenho sexual, o que se torna um fator de insegurança no início da vida amorosa e sexual. Nesse contexto, o uso de álcool antes das atividades sexuais parece funcionar como um inibidor dos sentimentos de medo e angústia, pela crença que ao diminuir a vergonha, ele facilita e melhora o desempenho do indivíduo durante o ato sexual (GUTIERREZ et al., 2019; SILVA; SILVA, 2011).

Cabe destacar, no entanto, que o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de drogas antes da relação sexual, interferem diretamente na capacidade cognitiva, no humor e na legitimação de uma decisão favorável ao uso ou não do preservativo e, por consequência, na realização de prática sexual mais segura, evidenciando assim uma vulnerabilidade nesta população (BRASIL, 2020; DALLO; MARTINS, 2018; GUTIERREZ et al., 2019; SILVA; SILVA, 2011).

Os estudantes sinalizaram que praticam alguma religião, com maior concentração de jovens católicos. Sabe-se que a religiosidade é um dos fatores que interferem na iniciação sexual dos jovens. Pesquisa revela que a influência da religião na sexualidade

parece ser mais forte nos jovens que são mais religiosos. No entanto, também aponta que eles se veem divididos entre dois discursos normativos: o da comunidade religiosa e o do convívio social mais amplo sendo o segundo, provedor de discursos sobre educação em saúde tendo como foco as práticas sexuais seguras (COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014). Investigação realizada na África do Sul com 20227 jovens com idades entre 15 e 17 anos, observou que os participantes muito religiosos, tinham menor probabilidade de fazer o uso de álcool e drogas, além de apresentarem menos comportamentos sexuais de risco (FRANCIS et al., 2019).

Nos achados é possível perceber que os dados discursivos complementam os dados quantitativos considerando que os estudantes verbalizaram a sua opinião acerca das condições que favorecem a transmissão das IST, como a pratica do sexo desprotegido; o não uso de preservativo no sexo oral e após o consumo de álcool e/ou drogas; a preocupação dos jovens com uma gestação não planejada, mas não com as IST; e a necessidade de atividades voltadas para a educação em saúde do grupo para dirimir as dúvidas dos estudantes.

Estudo realizado com estudantes universitários de uma instituição privada no Rio de Janeiro constatou que os jovens têm adotado um estilo de vida sexual autônomo e não conservador, baseado em oportunidades e na busca pelo prazer em seus relacionamentos afetivos. Vivenciam novas emoções e sensações, contrariando as convenções culturais e sociais. No que concerne à distinção entre os gêneros, contudo, percebe-se que os jovens brasileiros seguem padrões socialmente construídos onde existe uma maior liberdade sexual para os homens, em comparação às mulheres. Acrescenta-se, então, que o comportamento sexual dos jovens é influenciado pela cultura, contexto social e grupos de pertença com os quais jovem convive (GAGNON, 2006; SPINDOLA et al., 2020).

Os resultados deste estudo sinalizam que as atividades educativas são uma estratégia relevante para dirimir as dúvidas dos jovens e minimizar esses agravos de saúde. Ações que orientem para a prevenção das IST, com enfoque nas atividades educativas, são destacadas em outros estudos sobre a temática (FRANCISCO et al., 2016; SALES et al., 2016; WEITZMAN; BARBER; KUSUNOKI, 2019). E, ainda, a importância da utilização do preservativo em estratégias capazes de influenciar e mudar os comportamentos de risco, favorecendo um desenvolvimento sexual saudável (ALMEIDA et al., 2017; FITZ; ZUCKER, 2015). Alguns estudos, no entanto, destacam que os jovens se percebem suficientemente informados e, por conseguinte, não buscam orientações adequadas acerca dos cuidados para a prevenção de agravos para a saúde sexual, como a ocorrência das IST (SALES et al., 2016; FONTES et al., 2017).

É oportuno acrescentar que a universidade é um espaço democrático e educativo, sendo relevantes ações de cuidado com a saúde dos estudantes. No contexto da universidade promotora da saúde, destacam-se ações que fortaleçam o autocuidado com a saúde sexual e reprodutiva dos estudantes, além do incentivo a prática de hábitos

saudáveis como a alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, a redução do consumo de substâncias nocivas à saúde dos estudantes (como o álcool/drogas), entre outras, que podem contribuir para o cuidado com a saúde dos estudantes.

5 I CONCLUSÃO

Os jovens costumam adotar comportamentos que podem favorecer a ocorrência de agravos para a sua saúde, como o início prematuro e sem orientações adequadas das atividades sexuais, o uso inconsistente do preservativo, o consumo de álcool e/ou drogas, entre outros. Essas práticas podem descortinar situações de vulnerabilidade a que os jovens ficam expostos em seu cotidiano, nos relacionamentos afetivos e junto aos pares. Nesse contexto, é necessário fornecer acesso à informação sobre as IST e os modos de prevenção, para diminuir a contaminação desse contingente populacional pelas infecções de transmissão sexual.

Ações educativas no âmbito escolar são relevantes para estimular o cuidado com a saúde sexual dos jovens, ressaltando a importância da prevenção e do autocuidado no enfrentamento das IST. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária de saúde e na prevenção de agravos para a saúde da população jovem, para que consigam adotar estratégias adequadas na captação e orientação dessa parcela da população de modo satisfatório.

Ademais, acrescenta-se que ações de educação em saúde poderiam ser implementadas no ambiente universitário, contribuindo para reduzir as vulnerabilidades dos estudantes, na perspectiva da universidade promotora da saúde, além de favorecer a adoção de comportamentos assertivos no cuidado com a saúde sexual dos jovens.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.A.A.S. et al. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.70, n.5, p.1033-1039, set./out., 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0531.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.18, n.supl. 2, p.11-23, jun., 2009. DOI: 10.1590/S0104-12902009000600003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERTOLI, R.S; SHEIDMANTEL, C.E; DE-CARVALHO, N.S. College students and HIV infection: a study of sexual behavior and vulnerabilities. DST: **J. Bras. Doenças Sex. Transm.** Niteroi (RJ), v. 28, n.3, p.90-95, set./out., 2016. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831519.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CASTRO, E. L. et al. Awareness and education regarding sexually transmitted diseases among undergraduate students. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1975-1984, jun., 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.00492015.

COSTA, J.E.S. et al. Preservativo feminino: dificuldades de adaptação e estratégias para facilitar o uso rotineiro. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 163-168, mar./abr., 2014.

COUTINHO, R.Z; MIRANDA-RIBEIRO, P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. **Rev. bras. estud. popul.** Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.333-365, jul./dez., 2014. DOI: 10.1590/S0102-30982014000200006.

DALLO, L; MARTINS, R.A. Associação entre as condutas de risco do uso do álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.23, n. 1, p.303-314, jan., 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.14282015.

FITZ, C.C; ZUCKER, A.N. Everyday exposure to benevolent sexism and condom use among college women. **Women Health**. London. v.55, n.3, p. 245-262, Mar., 2015. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2014.996721>.

FRANCIS, J. et al. The prevalence of religiosity and association between religiosity and alcohol use, other drug use, and risky sexual behaviors among grade 8-10 learners in Western Cape, South Africa. **PLoS one.** San Francisco, v.14, n.2, p.e0211322, feb., 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0211322.

FRANCISCO, M.T.R. et al. O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval - perspectiva de gênero. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.106-113, jan./mar., 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160015.

FONTES, M.B. et al. Determinant factors of knowledge, attitudes and practices regarding STD/AIDS and viral hepatitis among youths aged 18 to 29 years in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1343-1352, apr., 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015.

GAGNON, J.H. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GUTIERREZ, E.B. et al. Fatores associados ao uso de preservativo em jovens - inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v.22, s/n., p. e190034, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190034.

NUNES, B.K.G. et al. O uso de preservativos: a realidade de adolescentes e adultos jovens de um assentamento urbano. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. Goiás. v.19, p.a03, nov., 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39041.

OLIVEIRA, P.S. et al. Vulnerabilidade de adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária. **Rev enferm UFPE.** Recife, v.12, n.3, p.753-762, mar., 2018. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i3a24120p753-762-2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes.** Construindo equidade no SUS. Brasília (DF): OPAS, MS, 2017.

PIAZZETTA, R.C.P.S. et al. Prevalence of Chlamydia Trachomatis and Neisseria Gonorrhoeae infections in sexual active young women at a Southern Brazilian city. **Rev. bras. ginecol. obstet.** Curitiba, v.33, n.11, p. 328-333, nov., 2011. DOI: 10.1590/S0100-72032011001100002.

RODRIGUES, M.M. et al. Frequency of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis and Ureaplasma species in cervical samples. **J. Obstet. Gynaecol.** USA, v.31, n.3, p. 237-241, mar., 2011. DOI: 10.3109/01443615.2010.548880.

SALES W.B. et al. Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra, v.4, n.10, p. 19-27, jul./ago./set., 2016. DOI: https://doi.org/10.12707/RIV16019.

SILVA, R.S; SILVA, V.R. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. **Cad. CRH**. Bahia, v.24, n.63, p.663-678, dez., 2011. DOI: 10.1590/S0103-49792011000300013.

SPINDOLA, T. et al. Não vai acontecer: percepção de universitários sobre práticas sexuais e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. **Rev enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v.28, p.e49912, ago., 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.49912.

SZWARCWALD, C.L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n. Supl.1, p.S19-S26, apr., 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001300003.

TRAVASSOS, A.G. et.al. Prevalence of sexually transmitted infections among HIV-infected women in Brazil. **Braz. J. Infect. Dis**. Salvador, v.16, n.6, p.581-585, dec., 2012. DOI: 10.1016/j.bjid.2012.08.016

WEITZMAN, A; BARBER, J; KUSUNOKI, Y. Sexual concurrency and contraceptive use among young adult women**. Demography**. Switzerland, v.56, n.2, p. 549-572, apr., 2019. DOI: 10.1007/s13524-019-00762-w.

WORDL HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021**. [Internet]. 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246296/1/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?ua=1 5.

SOBRE A ORGANIZADORA

HÁKILLA PRICYLA DE JESUS SOUZA - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestrado no Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPE), na área de Educação em Saúde, especialização em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia e Especialização em Gestão de Saúde (em andamento), ambos pelo Instituto IBRA de Ensino. Foi professora substituta no curso de Graduação em Enfermagem na UFPE, na Área de Saúde da Criança e do Adolescente, e ministrou aulas de Ética e Saúde da Criança, além de preceptoria hospitalar pelo Curso de Cuidado Materno Infantil da Escola de Saúde Pública de Pernambuco. Atuou como Enfermeira Assistencial nas áreas de Clínica Médica e Emergência Geral em hospitais municipais. Ministrou palestras e mini cursos em algumas instituições hospitalares, escolas e ONGs. Atualmente é servidora de um Hospital Universitário, com experiência na área de clínica cirúrgica e de pediatria. Também atua como Enfermeira do Acolhimento com Classificação de Risco de uma Emergência Pediátrica de referência no estado de Pernambuco, onde já contribuiu como Coordenadora da Equipe de Enfermagem.

ÍNDICE REMISSIVO

A

B

C

D

E

G

H

I

L

P

S

T

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

2

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2021

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

2

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2021